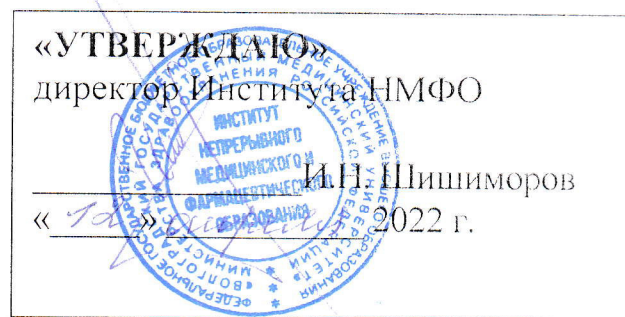


федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Волгоградский  
государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации



**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по  
дисциплинам**

Наименование дисциплины: **Гериатрия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров  
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.31 Гериатрия**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-гериатр**

Кафедра внутренних болезней **Института непрерывного медицинского и  
фармацевтического образования**

Форма обучения – очная

Волгоград, 2022

**Разработчики:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода Сергей Владимирович	Зав. кафедрой	д.м.н., профессор	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
2.	Чумачек Елена Валерьевна	доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.31 Гериатрия рассмотрен на заседании кафедры протокол № 11 от «27» декабря 2021 г.

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,  
д.м.н., профессор

  
С.В. Недогода

**Рецензент:** заместитель директора по научной работе ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «Российский геронтологический научно-клинический центр», д.м.н., профессор Ю.В. Котовская.

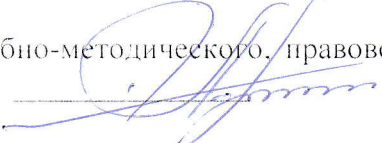
**Рецензент:** начальник ГБУЗ «Краевой клинический госпиталь для ветеранов войн имени профессора В. К. Красовитова» Министерства здравоохранения Краснодарского края С.И. Исаенко.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО,  
протокол № 9 от «12» апреля 2022 года

Председатель УМК

  
О.В. Магницкая

Начальник управления учебно-методического, правового сопровождения и производственной практики

  
О.Ю.Афанасьева

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО  
протокол № 10 от «12» апреля 2022 года

Секретарь  
Ученого совета

  
Е.С. Александрина

# ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

## Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.</li><li>2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</li><li>3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</li><li>4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</li><li>5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</li><li>6. Гигиеническое воспитание и образование населения.</li><li>7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</li><li>8. Система обязательного социального страхования в России.</li><li>9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</li><li>10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</li><li>11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</li><li>12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li><li>13. Качество медицинской помощи, основные понятия.</li><li>14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</li><li>15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</li></ol>
--	--

## Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</li><li>2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</li><li>3. Особенности изучения общей заболеваемости</li><li>4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</li><li>5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</li><li>6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</li><li>7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</li><li>8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li><li>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</li><li>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</li><li>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</li><li>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</li><li>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</li><li>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</li></ol>
--	---

## Банк тестовых заданий (с ответами):

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Общественное здоровье – это ... а) <b>важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</b> б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины,</li></ol>
--	--

- охраны и восстановления здоровья населения;  
в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения
2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:  
**а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;**  
б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;  
в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;  
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью
3. Болезненность - это:  
а) заболеваемость по данным обращаемости;  
б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;  
**в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;**  
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью
4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:  
**а) 50–55 %;**  
б) 20–25 %;  
в) 15–20 %;  
г) 10–15 %
5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:  
а) исторический;  
б) статистический;  
в) экспериментальный;  
г) экономический;  
д) социологический;  
**е) все вышеперечисленные**
6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:  
а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;  
**б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;**  
в) все лица перед проведением профилактических прививок
7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:  
**а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;**  
б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;  
в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;  
г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;  
д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах
8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...  
**а) государственное социальное страхование;**  
б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;  
в) менеджмент здравоохранения;  
г) экономика здравоохранения

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...
- а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;
  - б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;**
  - в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации
10. Временная нетрудоспособность – это ...
- а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;
  - б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;
  - в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме
11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:
- а) до 10 дней;
  - б) до 15 дней;**
  - в) до 4 месяцев;
  - г) до 6 месяцев
12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...
- а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;
  - б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;**
  - в) не выдается
13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:
- а) своевременность оказания медицинской помощи;
  - б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
  - в) степень достижения запланированного результата;
  - г) совокупность вышеуказанных характеристик**
14. Виды контроля качества медицинской помощи:
- а) государственный контроль;
  - б) ведомственный контроль;
  - г) внутренний контроль;
  - д) все вышеперечисленное верно**
15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...
- а) листок нетрудоспособности;
  - б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;
  - в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;
  - г) врачебное свидетельство о смерти

### **Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p><b>Задача № 1.</b> Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p><b>Задача № 2.</b> В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p><b>Задача № 3.</b> При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p><b>Задача № 4.</b> Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p><b>Задача №5.</b> По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	--

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ:	
-61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
<b>Удовлетворительно (3)</b>	61 – 75
- 76 – 90%	76– 90
<b>Хорошо (4)</b>	91 – 100
-91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	3	1-15	1-15	1-5	1-15	-
ОПК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	4	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	5	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	7	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	8	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	9	1-15	1-15	1-5	1-15	-



## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

**Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.**

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
Первый уровень (УК-1) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II			+		
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками использования современных методик анализа и синтеза <b>Уметь:</b> анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья <b>Знать:</b> анализировать характер заболевания, назначать лечение;			+		
Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<b>Владеть:</b> методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия			+		

	У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II			+	+	
Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<b>Владеть:</b> навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III <b>Знать:</b> отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III			+	+	+
Первый уровень (УК-3) -1 Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	<b>Владеть:</b> методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 <b>Уметь:</b> работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) -1			+		
Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - II			+	+	

<p>среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Уметь:</b> осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - II <b>Знать:</b> основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - II</p>			+	+	
<p>Третий уровень (УК-3) - III Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе В (УК-3) - III <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-3) - III <b>Знать:</b> психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления 3(УК-3) - III</p>			+	+	+
<p>Первый уровень (ОПК-9)-I готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p><b>Владеть:</b> санологическим мышлением <b>Уметь:</b> осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровье сбережения <b>Знать:</b> современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>			+		
<p>Второй уровень (ОПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <b>Уметь:</b> мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья <b>Знать:</b> техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>			+	+	

Третий уровень (ОПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<b>Владеть:</b> навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <b>Уметь:</b> приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья <b>Знать:</b> особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей			+	+	+
				+	+	+
				+	+	+

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - пяти критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень - шести или семи критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать ...)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников

- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

Репродуктивный уровень -пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень	
-пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	
	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

### Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	

### Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
<p>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 обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности</p>	А	100–96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.</p>	В	95–91		5
<p>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 обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.</p>	С	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные</p>	D	80-76		4 (4-)

<p>и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.</p>				
<p>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 обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.</p>	Е	75-71	<p style="text-align: center;"><b>НИЗКИЙ (ознакомительный)</b></p>	3 (3+)
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.</p>	Е	70-66		3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.</p>	Е	65-61	<p style="text-align: center;"><b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)</b></p>	<p style="text-align: center;">9 3 (3-)</p>



<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся 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 обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Фх	60-41		2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций.</p> <p>Компетентность отсутствует.</p>	Ф	40-0	<b>КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ</b>	2

#### 4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное / групповое)	Проект	Зачёт
<b>УК-1</b>	+	+	+	+	+	+
<b>УК-2</b>	+	+	+	+	+	+
<b>УК-3</b>		+	+	+	+	+
<b>ОПК-9</b>	+	+	+	+	+	+

#### 12.1. Представление оценочных средств в фонде

## Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

### **5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:**

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика:** учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

### Тестовые задания

**Выберите один или несколько правильных ответов**

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- |    |                        |
|----|------------------------|
| 1) | воспитание             |
| 2) | образование            |
| 3) | педагогический процесс |
| 4) | обучение               |

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

**Установите правильную последовательность**

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

### Установите соответствие

#### 10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. описательном    | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов  |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта  |

#### 11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. проективном        | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции   |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания                                 |
| 3. рефлексивном       | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

### Выберите один или несколько правильных ответов

#### 12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

#### 14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

#### 15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы

б) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

## 23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

## 24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

## 25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

## 26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
- 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.
- 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.
- 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

## 27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

## 28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) методикой воспитания
- 2) воспитательной технологией
- 3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ



**ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ**  
(Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

**44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

**45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ**

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

**Дополните высказывание**

46. . РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-\_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ-\_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ-\_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - \_\_\_\_\_

**Тестовые задания самоконтроля по модулю II.**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К \_\_\_\_\_ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАННИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ \_\_ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой

- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

**Установите соответствие**

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. умения управлять собой   | А. владение своим телом                         |
|                             | Б. владение эмоциональным состоянием            |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские                              |
|                             | Г. владение техникой контактного взаимодействия |

- Д. дидактические
- Е. владение техникой речи

### 33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития                    |
| 2. нормативный     | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками   |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий   |
| 4. системный       | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним                                  |
| 5. концептуальный  | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

### 34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1. присущие многим сферам человеческой деятельности | А. информационная            |
|   | Б. конструктивная            |
|   | В. организаторская           |
| 2. специфические педагогические                     | Г. коммуникативная           |
|   | Д. гностическая              |
|   | Е. воспитательно-развивающая |
|   | Ж. ориентационная            |
|   | З. мобилизационная           |
|   | И. исследовательская         |

### Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - \_\_\_\_\_
36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ \_\_\_\_\_
37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМООБУСЛОВЛЕННЫ - \_\_\_\_\_
38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ \_\_\_\_\_

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - \_\_\_\_\_

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - \_\_\_\_\_

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» \_\_\_\_\_

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - \_\_\_\_\_

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - \_\_\_\_\_

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - \_\_\_\_\_

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - \_\_\_\_\_

**Выберите один или несколько правильных ответов**

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой



3) умения целеполагания

4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания

5) организация педагогического взаимодействия

6) умения обратной связи

#### 49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1) способность вести за собой

2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией

3) образованность

4) организаторское чутьё

5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

#### 50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

1) знания как когнитивный компонент

2) умения

3) навыки

4) эмоции

5) ценностно-смысловое отношение к профессии

#### ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ОПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ОПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ОПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ОПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ОПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ОПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ОПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ОПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9

13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ОПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ОПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ОПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ОПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ОПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ОПК-9

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования**

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.

17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

### **Банк тестовых заданий (с ответами)**

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
  - а. функциональная подсистема РСЧС;**
  - б. территориальная подсистема РСЧС;
  - в. структурное подразделение МЧС;
  - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
  - а. для оказания первой помощи;
  - б. для оказания первой врачебной помощи;
  - в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
  - г. для оказания специализированной медицинской помощи.
3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. хирургическое отделение;**
  - б. травматологическое отделение;
  - в. неврологическое отделение;
  - г. нейрохирургическое отделение.
4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. бригады доврачебной помощи;

- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. бригады экстренного реагирования.

5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;
- г. бригады экстренного реагирования.**

6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:

- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;**
- в. бригады специализированной медицинской помощи.

7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:

- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
- б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. областная клиническая больница

8. Основным принципом организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:

- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
- б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
- в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.

9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
- б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
- в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

- а. двухэтапная система ЛЭО;**
- б. трехэтапная система ЛЭО;
- в. четырехэтапная система ЛЭО;
- г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

- а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
- б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
- в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
- г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;

**б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопрфилактика столбняка;**

в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

**а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;**

б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;

в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

а. повреждение легких;

б. пневмоторакс;

в. гемоторакс;

**г. повреждение сердца.**

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:

а. в операционную;

**б. в перевязочную в первую очередь;**

в. в перевязочную во вторую очередь;

г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

а. в операционную;

**б. в перевязочную в первую очередь;**

в. в перевязочную во вторую очередь;

г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;

б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;

**в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**

г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

а. гематома в области промежности;

б. крепитация в области верхней трети бедра;

в. императивный позыв на мочеиспускание;

**г. симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

а. снижение синтеза ацетилхолина;

- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

24. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

25. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммунодепрессивное;**
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. уменьшают проницаемость мембран.

26. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. активируют перекисное окисление липидов;**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

27. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммуностимулирующее;
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. повышают проницаемость мембран.**

28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:
- а. через кожу и слизистые оболочки;
  - б. ингаляционно;
  - в. через желудочно-кишечный тракт;
  - г. при любом пути поступления.**
29. Реактиватором холинэстеразы является:
- а. атропин;
  - б. метацин;
  - в. унитиол;
  - г. дипироксим.**
30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:
1. легкой степени поражения;
  - 2. средней тяжести;**
  3. тяжелой;
  4. крайне-тяжелой.
31. К корпускулярным относятся излучения:
- а. рентгеновское, гамма-излучение;
  - б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
  - в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
  - г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.
32. Бета-частицы ( $\beta^-$ ,  $\beta^+$ ) – это:
- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;
  - б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
  - в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**
  - г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2
33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:
- а. 1 рад;
  - б. 25 рад;
  - в. 100 рад;**
  - г. 50 рад.
34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:
- а.  $> 10$  МэВ/мкм;
  - б.  $< 10$  кэВ/мкм;
  - в.  $< 10$  МэВ/мкм;
  - г.  $> 10$  кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:
- а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
  - б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
  - в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
  - г. поражением не только кожи, но глубже лежащих тканей.
36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:
- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;
  - б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**
  - в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;
  - г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.
37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:
- а. системная регенерация костного мозга;
  - б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;**
  - в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
  - г. опустошение костного мозга.
38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:
- а. 10 Гр и выше;**
  - б. 5 Гр и выше;
  - в. 1 Гр и выше;
  - г. 30 Гр и выше.
39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:
- а. 10-20 Гр;
  - б. 1-10 Гр;
  - в. 20-80 Гр;
  - г. свыше 80 Гр.**
40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:
- а. гемодинамическими нарушениями;**
  - б. коллапсом непосредственно после облучения;
  - в. признаками отека мозга;
  - г. неврологическими нарушениями.

#### **Банк ситуационных клинических задач**

**Задача №1.** Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.



**Задача №2.** Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №3.** В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 4.** Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3x2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 5.** Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 6.** Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 7.** Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения,

тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 8.** Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 9.** Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 10.** ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

### **Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

## 5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75 76– 90 91 – 100

## 6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

## 7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### **Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Формируемые компетенции по	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
----------------------------	------------------	---------------------------------	---

ФГОС		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ОПК	1	19-27, 29-40	6-10	18-30
	6	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	8			
	10	1-11,16,17	1-10	1-11

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»**

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:**

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови
- Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

**ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:**

- Болезнь Вакеза-Ослера
- Горная болезнь.
- Неукротимая рвота
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

**ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:**

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- Эритроцитоз
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

**ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:**

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

**ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:**

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

**ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии**

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

**ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии**

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- **Селезенка увеличена**

**ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:**

- Да
- Нет

**ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:**

- Гемоглобинопатия S
- Гемоглобинопатия E
- Гемоглобинопатия M
- Гемоглобинопатия C
- Дефицит цитохром альфа-редуктазы
- Воздействие нитратов или нитритов
- Воздействие анилиновых красителей
- Воздействие сульфаниламидов

**ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?**

- Желудок
- Пищевод
- Ротовая полость
- Двенадцатиперстная кишка
- Толстая кишка
- Проксимальный отдел тонкой кишки

**ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:**

- Слабость
- Повышенная утомляемость.
- Адинамия
- Миалгия
- Головокружение
- Глоссит
- Кариес
- Ангулярный стоматит
- Клойнихия (койлонихия)
- Снижение умственной и физической трудоспособности
- Тахикардия
- Нарушение глотания
- Гепатомегалия
- Ахлоргидрия
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия

- **Извращение вкуса и запаха**

**ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?**

- **Гипохромной**
- Гиперхромной
- **Микроцитарной**
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- **Нормобластической**
- Гемолитической
- **Дисэритропоэтической**

**ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен**

- для талассемии
- для анемии при уремии
- **для железорефрактерной анемии**
- для аутоиммунной гемолитической анемии

**ВОПРОС N 14. При B12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:**

- **В системе пищеварения**
- **В нервной системе**
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- **В системе крови**

**ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для B22-дефицитной анемии:**

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- **Анизоцитоз**
- **Мегалоцитоз**
- **Пойкилоцитоз**
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз

- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

**ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:**

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

**ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:**

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

**ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:**

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

**ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:**

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглобинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки



- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

**ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:**

- **Микросфероцитоз**
- Цветовой показатель в норме
- **Ретикулоцитоз**
- **Увеличено содержание непрямого билирубина**
- **Спленомегалия**
- **Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов**
- Верного нет

**ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглинопатиях, обусловленных носительством гемоглибинов со сниженным сродством к кислороду:**

- $P_{O_2}$  снижено
- $P_{O_2}$  повышено
- **$P_{O_2}$  в норме**
- $SO_2$  увеличено
- **$SO_2$  снижено**
- $SO_2$  в норме
- **Содержание дезоксигемоглобина повышено**
- Содержание гемоглобина снижено
- **Содержание гемоглобина в норме**

**ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:**

- **Снижение цветового показателя**
- Повышение цветового показателя
- **Микроцитоз**
- Макроцитоз
- **Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- **Уменьшение содержания железа в сыворотке крови**
- Содержание железа в сыворотке крови не изменено
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- **Снижение выделения железа с мочой**
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**

- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

**ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодефицитной анемии:**

- **Снижение содержания гемоглобина и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**
- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

**Банк ситуационных задач**  
**Задача №1**  
**«Патология Гемостаза»**

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нб – 100 г/л, эритроциты –  $3,1 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты –  $380 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $4,5 \times 10^9/л$ , п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. *О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?*
2. *Патогенез данного заболевания.*
3. *Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.*
4. *Виды тромбоцитопатий.*
5. *Принципы лечения тромбоцитопатий.*

**Задача №2**  
**«Патология Гемостаза»**

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты-  $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9$ /л), лейкоциты-  $1,3 \times 10^9$ /л (N6-  $8 \times 10^9$ /л), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).  
Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

1. *Какая форма патологии гемостаза у больной?*
2. *Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.*
3. *Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.*
4. *Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.*
5. *Терапия тромбоцитопений.*

### **Задача №3** **«Патология Гемостаза»**

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты –  $300 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. *О каком заболевании у данного больного можно думать?*
2. *Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?*
3. *Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.*
4. *Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.*
5. *Принципы терапии.*

### **Задача №4**

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог ША-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечают проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела  $38,8^{\circ}\text{C}$ , кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до  $24 \times 10^9$ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

### **Клинический случай (ИП)**

*Девочка Ш., 8 лет*, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39 °С, появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах 39–40 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г. — гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела 38,2 °С, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание снижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 × 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нь	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЭ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
T-лимфоциты (CD3 <sup>+</sup> CD19 <sup>-</sup> )	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
T-хелперы/T-индукторы (CD4 <sup>+</sup> CD8 <sup>-</sup> )	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
T-супрессоры/T-цитотоксические (CD4 <sup>-</sup> CD8 <sup>+</sup> )	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 <sup>+</sup> CD56 <sup>+</sup> )	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
B-лимфоциты (CD3 <sup>-</sup> CD 19 <sup>+</sup> )		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.

2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерил; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерил.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты —  $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.

10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.

11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.

12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.

13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.

14. Инструментальные обследования:

— R-грамма ОГК — без особенностей;

— эхокардиограмма — без патологии;

— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипэхогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени —

лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипоэхогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

— фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.

— кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;

— хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;

— иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;

— гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

#### Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительное обследование.
3. Определить (предположить) этиологию заболевания.
4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.

#### Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока.
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.

18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

#### Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

#### Ситуационные задачи

##### Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадиирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной

воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщину стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

### **Ситуационная задача № 2.**

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1°C. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.



2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

### **Ситуационная задача № 3.**

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезом, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

#### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

### **Ситуационная задача №4.**

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга.

Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

#### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

#### **Ситуационная задача № 5**

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38°C. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

#### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

#### **Ситуационная задача № 6**

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 °С. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезов коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз

клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

### Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

### Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия»

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.

21. Положения о клинко-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов**

**Формы контроля – рефераты.**

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов.Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

#### Темы рефератов

Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	1 Значение современных морфологических методов исследования. 1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы. 2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.
--	--

<p>Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.</li> <li>2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов.</li> <li>3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза</li> <li>4. Современные методы изучения биоптата.</li> </ol>
<p>Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии.</li> <li>2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении.</li> <li>3. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.</li> </ol>
<p>Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии.</li> <li>2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности.</li> <li>3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита.</li> <li>4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей.</li> <li>5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких.</li> <li>6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.</li> </ol>

### Критерии и шкала оценивания

#### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b></p>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
<p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p>	4. Соблюдение требований к оформлению
<p>- пяти критериям <b>Отлично (5)</b></p>	5. Грамотность

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

#### «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения.</li> <li>2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.</li> <li>3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс.</li> <li>4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).</li> <li>5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение.</li> <li>6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты.</li> <li>7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС.</li> <li>8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию.</li> <li>9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС.</li> <li>10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.</li> <li>11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.</li> <li>12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.</li> <li>13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии.</li> <li>14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</li> <li>15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</li> <li>16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.</li> <li>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</li> <li>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</li> <li>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС.</li> </ol>

- Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.
21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.
  22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.
  23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.
  24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.
  25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.
  26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.
  27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.
  28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.
  29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.
  30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.
  31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.
  32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.
  33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.
  34. Последствия нерационального применения АМП
  35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.
  36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.
  37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.
  38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.
  39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.
  40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.
  41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.
  42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.
  43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.
  44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.
  45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.
  46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза,

	<p>приступа стенокардии.</p> <p>47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.</p> <p>48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.</p> <p>49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.</p> <p>50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.</p> <p>51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии.</li> <li>2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.</li> <li>3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.</li> <li>4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.</li> <li>5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.</li> <li>6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на</li> </ol>
---	--



	<p>фармакологический ответ.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.</li> <li>8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.</li> <li>9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.</li> <li>10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.</li> <li>11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</li> <li>12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.</li> <li>13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</li> <li>14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</li> <li>15. Дайте определение понятия фармакодинамика.</li> <li>16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</li> <li>17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</li> <li>18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.</li> <li>19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.</li> <li>20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</li> <li>21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</li> <li>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</li> <li>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</li> <li>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</li> <li>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</li> <li>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</li> <li>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</li> <li>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</li> <li>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, проитвопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</li> <li>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</li> </ol>

32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.
33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.
34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.
35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.
36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.
37. Бета-лактамы. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.
38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами  $\beta$ -лактамаз, показания к применению.
39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.
40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.
41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.
45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация, показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.

	<p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.</p> <p>53. Специфические антитоды при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	--

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u></p> <p><b>А) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</b></p> <p>В) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.</p> <p>С) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.</p> <p>Д) Клинические испытания лекарственных средств.</p> <p>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u></p> <p>А) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</p> <p><b>В) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</b></p> <p>С) Выбор наиболее эффективного вида терапии.</p> <p>Д) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</p> <p>3. <u>Лекарственная форма это:</u></p> <p><b>А) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</b></p> <p>В) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.</p> <p>С) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с</p>
--	---

целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.

4. К методам фармакоэкономического анализа не относятся:  
А) Метод затраты-эффективность.  
**В) Метод затраты-прибыль.**  
С) Метод затраты-полезность.  
D) Метод затраты-выгода
5. Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :  
А) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.  
В) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.  
С) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.  
D) Не требует изучения генотипа больного.
6. В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:  
**А) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**  
**В) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**  
С) Хромосомные aberrации.  
D) Хромосомные транслокации.
7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:  
**А) CYP2D6.**  
В) CYP3A4  
С) CYP2C9  
**D) CYP2C19**
8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :  
А) Иммуноферментного анализа.  
В) Иммунофлюоресцентного анализа.  
**С) ПЦР.**  
D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.
9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9\*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:  
А) Высокая  
В) Нормальная  
**С) Низкая**
10. Биодоступность ЛС это:  
А) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.  
**В) Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**  
С) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток

из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

- A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.
- B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.
- C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.
- D) Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.**

12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) все вышеперечисленные.**

13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) механизм действия.**

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

- A) макролиды;
- B) фторхинолоны;
- C) тетрациклины;
- D) все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- A) 30 мин;
- B) 1 час;
- C) 2 ч и более;**
- D) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- A) угнетается;
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-R при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-R:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- A) угнетается;
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- A) пенициллины;
- B) тетрациклины;
- C) фторхинолоны;
- D) макролиды;
- д) правильно B и C.**

22. Агонисты рецепторов это:

- A) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- B) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- C) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- D) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- A) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- B) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- C) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**

	<p>D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.</p> <p>24. <u>Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа А;  В типа В;  <b>С) типа С;</b>  D) типа D;  E) типа E</p> <p>25. <u>Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:</u></p> <p>A) пожилой возраст;  B) тяжелое состояние больного;  C) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;  D) генетическая предрасположенность;  <b>E) все вышеперечисленное</b></p> <p>26. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u></p> <p>A) приводящие к смерти;  B) требующие госпитализации или ее продления;  C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности);  D) приводящие стойкому снижению трудоспособности;  <b>E) все вышеперечисленное верно.</b></p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа А;  <b>В) типа В;</b>  C) типа С;  D) типа D;  E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u></p> <p>A) комплаенсом;  <b>В) фармаконадзором;</b>  C) фармакоэпидемиологией;  D) фармакоинспекцией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2  «Частные вопросы  клинической  фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u></p> <p>a) диклофенак;  b) индометацин;  c) целекоксиб;  <b>d) ибупрофен;</b></p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u></p> <p>a) аспирин;  b) лорноксикам;  <b>c) целекоксиб;</b></p>

d) индометацин;

31. При проведении пульс-терапии более предпочтителен:

- A) преднизолон
- B) метилпреднизолон**
- C) дексаметазон
- A) Гидрокортизон

32. Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:

- A) аспирин;**
- B) нимесулид;
- C) целекоксиб;
- D) лорноксикам;

33. Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:

- a) через 2 суток;
- b) через 5-7 суток;
- c) через 7-10 суток;
- d) через 10-14 суток;**

34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:

- A) преднизон
- B) бетаметазон**
- C) беклометазона дипропионат
- D) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

- A) циклооксигеназа**
- B) фосфодиэстераза
- C) 5-липооксигеназа
- D) фосфолипаза A2

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
- B) неэффективность пульс-терапии
- C) стабилизация общего состояния больного**
- D) декомпенсированное состояние больного

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:

- A) Т-лимфоциты
- B) В-лимфоциты
- C) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
- D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных



глюкокортикостероидов:

**A) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**

B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером

C) однократно утром

D) 3 раза в день в равных дозах

39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:

A) Преднизолон.

B) Метилпреднизолон.

C) Дексаметазон.

**D) Гидрокортизон.**

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.

B) Истончение кожи, образование стрий.

C) Остеопороз, асептические некрозы костей.

D) Учащение и утяжеление инфекций.

**E) Артериальная гипотензия.**

F) Задержка роста у детей.

41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)

B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)

C) Характеристики пациента

**D) Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

A) 24 часа

**B) 3 дня**

C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

A) **5-10% случаев**

B) 20-30% случаев

C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

A) обладают иммуностимулирующим действием

B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях

**C) способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечене антибиотиками

- A) Возможно
- B) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
- C) Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- B) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
- C) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) Цефоперазон.**
- F) Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) 160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.

- В) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- С) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- Д) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- А) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- В) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- С) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- Д) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- А) IIa, Xa.**
- В) IIa, IXa.
- С) Xa, IXa.
- Д) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами является:

- А) Свежезамороженная плазма.
- В) Викасол.
- С) Протамина сульфат.**
- Д) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- А) Международное нормализационное отношение (МНО).**
- В) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- С) Время свёртывания крови.
- Д) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- А) Растворяют фибриновый тромб.**
- В) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- С) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- Д) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- А) ванкомицин**
- В) пиперациллин
- С) кларитромицин
- Д) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлоксацин
- B) линкомицин
- C) ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гемаэнцефалический барьер:

- A) ципрофлоксацин
- B) меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные  $\alpha/\gamma$  интерфероны
- B) кагоцел
- C) ингавирин**
- D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) фамцикловир**
- D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтаролин
- D) моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

- A) Азитромицин**
- B) левомецетин
- C) имипенем
- D) амоксициллин-клавулат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический

- В) анксиолитический**
- С) вегетотропный
- Д) противосудорожный
- Е) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- 1. потливость                                А. верно 1, 2, 3
- 2. сердцебиение                            В. верно 1, 4, 5
- 3. сухость во рту                           С. **верно 3, 4, 5**
- 4. нарушение аккомодации            Д. верно 1, 2, 5
- 5. задержка мочеиспускания          Е. верно 2, 3, 4

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

- А) аминофиллин
- Д) верапамил
- С) омепразол
- Д) диазепам**
- Е) все ответы правильные

69. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:

- А) местное**
- В) общее (наркоз)
- С) комбинированное
- Д) нейролептоанальгезия

70. Общим обезболиванием является:

- А) вагосимпатическая блокада
- В) спинальная анестезия
- С) стволовая анестезия
- Д) внутривенный наркоз**

71. При общем обезболивании происходит:

- А) обратимое торможение нервной ЦНС**
- В) необратимое торможение ЦНС
- С) блокада основного нервного ствола
- Д) возбуждение ЦНС

72. Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:

- А) обморок
- В) контрактура нижней челюсти**
- С) анафилактический шок
- Д) коллапс

73. Общим осложнением при обезболивании является:

- А) контрактура
- В) коллапс**
- С) некроз
- Д) гематома

	<p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u></p> <p><b>A) обморок</b>  B) гематома  C) контрактура  D) кровотечение  E) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u></p> <p>A) внутривенно 1 мл мезатона  B) внутримышечно 1 мл норадреналин  C) внутримышечно метамезон  <b>D) внутривенно 1 мл атропина</b></p>
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 8. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
<b>Удовлетворительно (3)</b>	
- 76 – 90%	
<b>Хорошо (4)</b>	
-91-100	61 – 75
<b>Отлично (5)</b>	76– 90
	91 – 100

#### 9. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

#### 10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»**

Формируемые компетенции и по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК-1		1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
ОПК	1	1,25,26	1,2,18	4,11
	4	1 - 75	1-60	1-57
	10	1- 28	1-29, 50-52	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГЕРИАТРИЯ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возрастная классификация по ВОЗ.</li> <li>2. Особенности здоровья населения пожилого и старческого возраста и методы его изучения.</li> <li>3. Принципы организации гериатрической помощи. Основные медицинские учреждения для обслуживания людей пожилого и старческого возраста.</li> <li>4. Представления о физиологическом, преждевременном, патологическом старении. Сосудистый возраст.</li> <li>5. Социальная активность пожилого человека в трудовой, общественно-политической, семейно-бытовой, культурно-массовой сферах жизнедеятельности.</li> <li>6. Адаптационные возможности организма при старении.</li> <li>7. Рациональное питание пожилого человека.</li> <li>8. Диспансеризация пациентов пожилого возраста: нормативные</li> </ol>
---	---

	<p>документы, организация, показатели, критерии эффективности.</p> <p>9. Проблема жестокого обращения с пожилыми.</p> <p>10. Периоперационное ведение пожилых пациентов.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частная гериатрия»</p>	<p>11. Комплексная гериатрическая оценка пациента старше 65 лет: цель, задачи, принципы, методы, формулировка заключения гериатра.</p> <p>12. Особенности течения заболеваний дыхательной системы в пожилом и старческом возрасте.</p> <p>13. Пневмонии. Особенности течения пневмоний в пожилом и старческом возрасте.</p> <p>14. Бронхиальная астма в пожилом и старческом возрасте: особенности фенотипа, диагностика, принципы терапии.</p> <p>15. ХОБЛ у пожилых: особенности клиники, диагностика, терапия.</p> <p>16. Особенности болезней сердечно-сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте.</p> <p>17. Обследование пожилых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.</p> <p>18. Атеросклероз - проблема гериатрии: диагностика, коррекция гиперлипидемий у пожилых пациентов.</p> <p>19. Ишемическая болезнь сердца в пожилом и старческом возрасте: классификация, диагностика.</p> <p>20. ОКС: понятие, диагностика. Тактика на догоспитальном этапе. Инфаркт миокарда в пожилом и старческом возрасте. Особенности течения у пожилых.</p> <p>21. Приобретенные пороки аортального клапана: стеноз устья аорты, аортальная недостаточность, комбинированный аортальный порок: клиника, диагностика, лечение, показания к оперативному лечению, периоперационное ведение (роль гериатра).</p> <p>22. Приобретенные пороки митрального клапана: митральный стеноз, недостаточность митрального клапана, комбинированный митральный порок: клиника, диагностика, лечение, показания к оперативному лечению, периоперационное ведение (роль гериатра).</p> <p>23. Гипертоническая болезнь в пожилом и старческом возрасте. Особенности диагностики. Принципы терапии.</p> <p>24. Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий в гериатрической практике.</p> <p>25. Нарушения проводимости: виды, принципы терапии в пожилом и старческом возрасте.</p> <p>26. ХСН у пожилых: особенности клиники и диагностики. Современная терапия ХСН.</p> <p>27. Болезни пищевода в пожилом и старческом возрасте. ГЭРБ: диагностика, принципы терапии.</p> <p>28. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте. Особенности течения. Осложнения.</p> <p>29. НПВП-гастропатия. Профилактика, лечение.</p> <p>30. Хронический панкреатит: особенности течения у пожилых, диагностика, принципы терапии.</p> <p>31. Запоры у пожилых: принципы терапии.</p> <p>32. Лекарственные поражения печени у пожилых.</p> <p>33. Инфекции мочевыводящих путей у пожилых пациентов. Принципы терапии.</p> <p>34. Железодефицитные состояния в пожилом и старческом возрасте: факторы риска, диагностика, лечение.</p> <p>35. В12 -дефицитная анемия в пожилом и старческом возрасте: клиничко-лабораторные синдромы. Диагностика, лечение, вторичная профилактика</p> <p>36. Общие вопросы взаимодействия с пациентом пожилого/старческого возраста и их родственниками/опекунами в отношении фармакотерапии</p> <p>37. Лекарственно-индуцированная инсомния.</p> <p>38. Депрескрайбинг антипсихотических препаратов.</p>



	<p>39. Гигиена сна у пожилых.</p> <p>40. Гериатрические синдромы: старческая астения (хрупкость)</p> <p>41. Гериатрические синдромы: саркопения.</p> <p>42. Гериатрические синдромы: падения.</p> <p>43. Гериатрические синдромы: дегидратация и мальнутриция.</p> <p>44. Гериатрические синдромы: когнитивный дефицит (в т.ч. деменция).</p> <p>45. Гериатрические синдромы: делирий.</p> <p>46. Гериатрические синдромы: сенсорные дефициты.</p> <p>47. Пролежни: профилактика, принципы терапии</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Неотложные состояния в гериатрии»</p>	<p>48. Неотложная помощь при приступе стенокардии, тактика.</p> <p>49. Первая помощь при неосложненном гипертоническом кризе у пожилого пациента.</p> <p>50. Первая помощь при гипертоническом кризе, осложненном отеком легких.</p> <p>51. Неотложная помощь при отеке Квинке</p> <p>52. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.</p>

### **Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»</p>	<p>61. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы.</p> <p>62. Возрастные изменения системы дыхания.</p> <p>63. Возрастные изменения органов пищеварения.</p> <p>64. Возрастные изменения мочевыделительной системы.</p> <p>65. Возрастные изменения системы крови.</p> <p>66. Возрастные изменения эндокринной системы.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частная гериатрия»</p>	<p>67. Принципы антибактериальной терапии пневмоний у пожилых пациентов</p> <p>68. Лечение обострений ХОБЛ у пожилых.</p> <p>69. Кислородотерапия при ХОБЛ у пожилых: показания, методика, современные технические средства.</p> <p>70. Лечение инфаркта миокарда в пожилом и старческом возрасте.</p> <p>71. Нарушения ритма сердца. Виды, стратификация риска.</p> <p>72. Фибрилляция предсердий у пожилых: классификация, тактика терапии, мониторируемые при лечении показатели.</p> <p>73. ПЭКС у пожилых: показания для имплантации ПЭКС, режимы ПЭКС, мониторируемые показатели, обучение пациентов и их родственников правилам безопасного использования ПЭКС.</p> <p>74. Фармакотерапия ХСН: особенности в пожилом возрасте, мониторируемые показатели.</p> <p>75. Антитромботическая терапия у пожилых.</p> <p>76. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пожилых пациентов. Клиническая фармакология антисекреторных препаратов. Понятие о депрескрайбинге ИПП.</p> <p>77. Коморбидные состояния: железодефицитные состояния, ХСН, ХБП у пожилых. Диагностика, тактика терапии.</p> <p>78. Фолиеводефицитная анемия у пожилых: клиничко-лабораторные синдромы, тактика терапии, вторичная профилактика.</p> <p>79. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника: клиника, диагностика, осложнения, лечение.</p> <p>80. ЗНО толстого кишечника у пожилых: клиника, диагностика, возможности хирургического лечения.</p> <p>81. Возрастные изменения организма, влияющие на фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных средств и безопасность лекарственной терапии.</p> <p>82. Полипрагмазия у пожилых: проблема, пути решения, профилактика. START/STOPP-критерии для предотвращения потенциально некорректного назначения лекарственных препаратов пожилым пациентам.</p> <p>83. Гериатрические синдромы: недержание мочи.</p>

	<p>84. Гериатрические синдромы: головокружение.</p> <p>85. Гериатрические синдромы: пролежни.</p> <p>86. Гериатрические синдромы: депрессия.</p> <p>87. Гериатрические синдромы: болевой синдром.</p> <p>88. Гериатрические синдромы: синкопальные состояния у пожилых.</p> <p>89. Организация безопасного быта для пожилого пациента.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Неотложные состояния в гериатрии»</p>	<p>90. Делирий у пожилых: клиника, факторы риска, неотложная терапия, тактика</p> <p>91. Гиперосмолярные состояния при СД: клиника, диагностика, тактика терапии</p> <p>92. Гипогликемические состояния у пожилых: причины, клиника.</p> <p>93. Желудочно-кишечное кровотечение.</p>

### **Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»</p>	<p>1. Пожилым считается возраст:</p> <p>а. 45-59 лет;</p> <p><u>б. 60-74 года;</u></p> <p>в. 75-80 лет;</p> <p>д. 90 и более лет.</p> <p>2. Старческим считается возраст:</p> <p>а. 45-59 лет;</p> <p>б. 60-74 года;</p> <p><u>в. 75-89 лет;</u></p> <p>г. 90-95 лет;</p> <p>д. 96 и более лет.</p> <p>3. Определите возраст долгожителей:</p> <p>а. 45-59 лет;</p> <p>б. 60-74 года;</p> <p>в. 75-89 лет;</p> <p><u>г. 90 и более лет;</u></p> <p>д. 100 и более лет.</p> <p>4. Показатель, прогрессивно возрастающий с возрастом:</p> <p>а. уровень глюкозы в крови;</p> <p>б. сократительная способность миокарда;</p> <p>в. количество форменных элементов крови;</p> <p><u>г. синтез гормонов гипофиза;</u></p> <p>д. уровень общего холестерина крови.</p> <p>5. Частота сердечных сокращений с возрастом:</p> <p><u>а. снижается;</u></p> <p>б. повышается;</p> <p>в. не изменяется;</p> <p>г. возрастает с возрастанием АД;</p> <p>д. снижается с возрастанием АД.</p> <p>6. Геронтология - это: 1. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте; 2. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте; 3. наука, изучающая болезни пожилого возраста; 4. наука о старении организма; 5. наука, изучающая старческий возрастной период.</p> <p>Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:</p> <p>а. правильные ответы 1, 2 и 3;</p> <p><u>б. правильные ответы 1 и 3;</u></p>
--	---

- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

7. Гериатрия - это: 1. наука о старении организма; 2. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте; 3. наука, изучающая болезни пожилого возраста; 4. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте; 5. наука, изучающая старческий возрастной период.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1,2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

8. Старение характеризуется: 1. разрушительностью; 2. эндогенностью; 3. постепенностью; 4. адаптивностью; 5. созидательностью.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

9. К показателям, изменяющимся в пожилом и старческом возрасте, относятся: 1. уровень глюкозы в крови; 2. сократительная способность миокарда; 3. толщина стенки матки; 4. синтез гормонов гипофиза; 5. кислотно-основное равновесие.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

10. Показатели, изменяющиеся с возрастом: 1. функция пищеварительных желез; 2. функция половых желез; 3. чувствительность органов к гормонам; 4. количество форменных элементов крови; 5. онкотическое давление.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

11. Характерные черты старения: 1. однонаправленность; 2. одномерность; 3. необратимость; 4. обратимость; 5. компенсаторность.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

**Б 1.Б.6.2** Раздел 2  
«Частная гериатрия»

12. Повышение общего периферического сопротивления связано с: 1. увеличением просвета периферических артерий; 2. снижением кровоснабжения почек; 3. склерозированием мелких венул; 4. склерозированием просвета периферических артерий; 5. снижением кровоснабжения сердца.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

13. С возрастом в миокарде развивается: 1. прогрессирующий склероз; 2. атрофия мышечных волокон; 3. гнездная гипертрофия мышечных волокон; 4. некротические изменения; 5. воспалительные изменения.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

14. Изменения дыхательного аппарата с возрастом включают в себя: 1. потерю эластичности реберных хрящей; 2. уменьшение подвижности реберно-позвоночных суставов; 3. развитие кальциноза хрящей; 4. повышение мышечной силы межреберных мышц; 5. повышение тонуса мышц дыхательного аппарата.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

15. Изменения грудной клетки в пожилом возрасте заключаются в: 1. увеличении передне-заднего размера; 2. расширении нижней апертуры; 3. росте отрицательного внутриплеврального давления; 4. уменьшении передне-заднего размера; 5. сужении нижней апертуры.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

16. Возрастные изменения стенки бронха - это: 1. инфильтрация лимфоидными элементами; 2. инфильтрация плазматическими элементами; 3. уменьшение просвета бронха; 4. инфильтрация эозинофилами; 5. увеличение просвета бронха.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

17. Дренажная функция бронхов снижается с возрастом в результате: 1. атрофии бронхиального эпителия; 2. снижения перистальтики бронхов; 3. снижения кашлевого рефлекса; 4. гипертрофии бронхиального эпителия; 5. усиления перистальтики бронхов.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;

- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

18. Возрастное уменьшение жизненной емкости легких связано с: 1. ригидностью грудной клетки; 2. снижением силы дыхательных мышц; 3. уменьшением эластичности легких; 4. увеличением силы дыхательных мышц; 5. увеличением эластичности легких.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

19. Возрастные рентгенологические изменения органов грудной клетки - это: 1. повышение прозрачности легочной ткани; 2. усиление бронхосудистого рисунка; 3. уменьшение подвижности диафрагмы; 4. уменьшение прозрачности легочной ткани; 5. усиление подвижности диафрагмы.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

20. При старении отмечаются следующие изменения, связанные с атрофическими процессами головного мозга: 1. нарушение памяти; 2. эмоциональные расстройства; 3. снижение объема обучения; 4. улучшение памяти; 5. увеличение объема обучения.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

21. В старших возрастных группах отмечается замедление следующих сенсорных функций: 1. зрения; 2. слуха; 3. осязания; 4. обоняния; 5. тактильной чувствительности.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а) правильные ответы 1, 2 и 3;
- б) правильные ответы 1 и 3;
- в) правильные ответы 2 и 4;
- г) правильные ответы 4;
- д) правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

22. Возрастные изменения познавательной деятельности заключаются в: 1. возрастании логического запоминания; 2. возрастании систематического усвоения; 3. снижении механического запоминания; 4. возрастании механического запоминания; 5. снижении логического запоминания.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

- а. правильные ответы 1, 2 и 3;
- б. правильные ответы 1 и 3;
- в. правильные ответы 2 и 4;
- г. правильные ответы 4;
- д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

23. Основная причина развития сердечной недостаточности в пожилом возрасте - это:

- а. артериальная гипертония;
- б. ишемическая болезнь сердца;
- в. клапанные пороки;
- г. метаболические расстройства;

д. коллагеновые заболевания.

24. Изолированной систолической артериальной гипертензии у пожилых соответствует уровень артериального давления, равный:

- а. 140/85-159/90 мм рт. ст.;
- б. ДАД 95-104 мм рт. ст.;
- в. ДАД 105-114 мм рт. ст.;
- г. САД >160, ДАД не более 90 мм рт. ст.;
- д. ДАД >105 мм рт. ст.

25. Внезапная, без предвестников, потеря сознания характерна для:

- а. ортостатической гипотонии;
- б. вертебробазилярной недостаточности;
- в. нарушений сердечного ритма и/или проводимости;
- г. проявлений эпилепсии;
- д. интоксикации сердечными гликозидами.

26. Среди пороков сердца в пожилом возрасте чаще встречается:

- а. митральный стеноз;
- б. митральная недостаточность;
- в. стеноз устья аорты;
- г. недостаточность аортального клапана;
- д. стеноз клапана легочной артерии.

27. Наиболее возможным осложнением выраженного митрального стеноза является:

- а. эмболия в мозг;
- б. кровохаркание;
- в. отек легких;
- г. инфаркт миокарда;
- д. пневмония.

28. При аортальном стенозе у пожилых чаще всего шум иррадирует:

- а. на шею;
- б. по левому краю грудины;
- в. в левую подмышечную область;
- г. в эпигастральную область;
- д. в основание сердца.

29. Для установления диагноза III стадии гипертонической болезни необходимо:

- а. отсутствие поражения органов-мишеней;
- б. наличие поражения органов-мишеней;
- в. наличие клинических проявлений со стороны органов-мишеней;
- г. наличие сахарного диабета.

30. 2-й степени артериальной гипертензии соответствует один из ниже перечисленных уровней АД

- а. 160/100- 179/109 мм.рт.ст.
- б. 140/90- 159/99 мм.рт.ст
- в. более 180/110 мм.рт.ст.
- г. менее 139/89 мм.рт.ст.

31. Для лечения транзиторной (острой) А-В блокады III степени, сопровождающейся гипотонией и брадикардией, показана:

- а. временная кардиостимуляция
- б. медикаментозная терапия беллатаминалом
- в. медикаментозная терапия атропином
- г. имплантация постоянного кардиостимулятора
- д. динамическое наблюдение

32. Критическим митральный стеноз называется при площади митрального отверстия:

- а. < 2 см<sup>2</sup>.

- б.  $> 2$  см/2.
- в.  $< 1$  см/2.
- г.  $< 0.1$  см/2.

33. Определите функциональный класс ХСН у больного с одышкой, утомляемостью, тахикардией при небольшой физической нагрузке, со значительным ограничением функциональных возможностей организма:

- А. I.
- Б. II.
- В. III.
- Г. IV.

34. Больным АГ в сочетании с подагрой нельзя назначать:

- а. моксонидин
- б. бисопролол
- в. эналаприл
- г. гипотиазид
- д. амлодипин

35. Наиболее серьезные осложнения фибрилляции предсердий:

- а. переход в трепетание предсердий
- б. тромбоэмболические осложнения
- в. развитие легочной гипертензии
- г. прогрессирующая сердечная недостаточность

36. Наибольшей чувствительностью для выявления тромбов левого предсердия обладает:

- а. рентгенография грудной клетки
- б. трансторакальная эхокардиография
- в. чреспищеводная эхокардиография
- г. перфузионная сцинтиграфия миокарда

37. Какой вид анемии является прогностически неблагоприятным?

- А. апластическая
- Б. В12- дефицитная
- В. гемолитическая
- Г. железодефицитная

38. Для железодефицитной анемии характерно:

- А. гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
- Б. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
- В. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки
- Г. гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты

39. Укажите основной ранний критерий эффективности терапии В12-дефицитной анемии:

- А. Повышение концентрации гемоглобина.
- Б. Нормализация содержания эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов в периферической крови.
- В. Полное исчезновение мегалобластов из костного мозга.
- Г. Ретикулоцитарный криз.
- Д. Гемолитический криз.

40. ЖДА средней тяжести соответствует содержанию уровня гемоглобина в крови:

- А. 120-90 г/л.
- Б. 90-70 г/л.
- В. Менее 70 г/л.
- Г. 60-40 г/л.

41. Наиболее значимое исследование при дифференциальной диагностике микроцитарных анемий:

- А. концентрации ферритина в сыворотке крови;
- Б. пунктата костного мозга;
- В. концентрации витамина В<sub>12</sub> в сыворотке крови;
- Г. концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови;
- Д. определение абсолютного количества ретикулоцитов.

42. Причины возникновения В<sub>12</sub>-дефицитной анемии:

- А. атрофический гастрит;
- Б. гастрэктомия;
- В. дивертикулярная болезнь толстого кишечника;
- Г. пищевой дефицит овощей и фруктов.

43. Анемия хронических заболеваний:

- А. анемия, возникающая при любом хроническом заболевании;
- Б. анемия, ассоциированная с заболеванием, в основе которого лежит острое или хроническое воспаление, включая опухолевые заболевания;
- В. анемия, возникающая при хронических заболеваниях, сопровождающихся кровотечением.

44. Анемию хронических заболеваний дифференцируют с другими заболеваниями крови:

- А. ЖДА;
- Б. В<sub>12</sub>-дефицитной анемией;
- В. фолиеводефицитной анемией;
- Г. миелодиспластическим синдромом;
- Д. гемолитической анемией.

45. Укажите фактор, необходимый для всасывания витамина В<sub>12</sub>:

- А. соляная кислота
- Б. фолиевая кислота
- В. гастрин
- Г. гастромукопротеин
- Д. пепсин

46. При ЖДА относительное/абсолютное число ретикулоцитов (до начала терапии препаратами железа):

- А. нормальное
- Б. повышено
- В. снижено

47. В понятие лейкоплакии входят

- а. грибковое поражение пищевода
- б. доброкачественная опухоль
- в. злокачественная опухоль
- г. очаги ороговевшего эпителия
- д. кистозный эзофагит

48. Клиническими признаками эзофагита являются:

- а. изжога
- б. симптом «проскальзывания»
- в. дисфагия
- г. голодные боли
- д. отрыжка воздухом

49. Признаками пищевода Баррета являются:

- а. язва пищевода
- б. цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части
- в. врожденный короткий пищевод



- г. отсутствие перистальтики пищевода
- д. щелочной пищевод

50. Осложнениями эзофагита могут быть:
- а. метаплазия эпителия слизистой оболочки пищевода (пищевод Баррета)
  - б. гнойные осложнения – абсцесс, флегмона
  - в. перфорация пищевода
  - г. стриктура пищевода
  - д. все перечисленное верно
51. Методом диагностики желудочно-дуоденального кровотечения является:
- а. рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с барием
  - б. обзорный снимок брюшной полости
  - в. УЗИ брюшной полости
  - г. эзофагогастродуоденоскопия
52. Для диагностики патологии желудка и 12-перстной кишки используются:
- а. обзорный снимок брюшной полости
  - б. ретроградная панкреатохолангиография
  - в. эзофагогастродуоденоскопия
  - г. колоноскопия
53. Боли при функциональной билиарной диспепсии желчного пузыря по гипертоническому типу имеют характер:
- а. опоясывающих
  - б. кратковременных приступообразных болей в правом подреберье
  - в. поздних болей в верхней половине живота
  - г. постоянных распирающих болей в правом подреберье
  - д. тупых распирающих болей в околопупочной области
54. Боли при функциональной билиарной диспепсии желчного пузыря по гипотоническому типу имеют характер:
- а. опоясывающих
  - б. кратковременных приступообразных болей в правом подреберье
  - в. поздних болей в верхней половине живота
  - г. постоянных распирающих болей в правом подреберье
  - д. тупых распирающих болей в околопупочной области
55. Наиболее информативны для диагностики острого панкреатита:
- а. ультразвуковое исследование
  - б. определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови
  - в. рентгенологическое исследование
  - г. копрограмма
  - д. КТ, МРТ
56. Специфичным биохимическим маркером острого панкреатита является:
- а. гипермилаземия
  - б. гиперлипаземия
  - в. диспротеинемия
  - г. снижение уровня ингибитора трипсина
57. Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание. В данном случае можно думать о:
- а. стенозе выходного отдела желудка
  - б. злокачественной опухоли
  - в. пенетрации язвы
  - г. микрокровоотечениях из язвы
  - д. перфорации язвы
58. Наиболее специфичным тестом внутривенного холестаза является:

- а. динамическая сцинтиграфия
- б. трансаминазы
- в. щелочная фосфатаза
- г. конъюгированный билирубин
- д. неконъюгированный билирубин

59. Высокий уровень г-глутамилтранспептидазы является характерным для:

- а. острого алкогольного гепатита
- б. хронического гепатита В и С
- в. гемохроматоза
- г. сахарного диабета
- д. хронического панкреатита

60. Принципами лечения запора у пожилых являются: 1. гимнастика; 2. назначение слабительных препаратов; 3. назначение прокинетики; 4. назначение препаратов, имеющих сродство к серотониновым рецепторам; 5. правильный рацион питания, включающий пищевые волокна и полноценный водный баланс.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

61. Для острой кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические признаки:

- а. свободный газ под куполом диафрагмы;
- б. симптом Валя;
- в. симптом Цеге-Мантейфеля;
- г. чаши Клойбера;
- д. симптом "яблочной кожуры".

62. Наиболее распространенный метод исследования для оценки вентиляционной функции легких в общетерапевтической практике

- а. рентгенокопия органов грудной клетки
- б. рентгенография органов грудной клетки
- в. спирометрия
- г. бодиплетизмография
- д. пульсоксиметрия

63. Какой показатель лучше всего показывает бронхиальную обструкцию?

- а. Диффузная способность (по CO<sub>2</sub>).
- б. Функциональная остаточная емкость легких (ФОЕ)
- в. Индекс Тиффно (ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ)
- г. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ).
- д. Ни один из перечисленных.

64. Все признаки характерны для тромбоза легочной артерии, кроме

- а. одышки
- б. повышения артериального давления в большом круге кровообращения
- в. кровохарканья
- г. гипертонии малого круга кровообращения
- д. боли в области сердца

65. Насыщение артериальной крови O<sub>2</sub> в норме составляет

- а. 75%
- б. 80%
- в. 85%
- г. 90%
- д. 95%

66. Возбудитель внебольничной пневмонии у взрослых в 30 – 50% случаев заболевания:

- а. стафилококк эпидермальный
- б. гемофильная палочка
- в. микоплазма
- г. пневмококк
- д. кандида

67. Важный механизм обструкции дыхательных путей при тяжелой бронхиальной астме:

- а. сокращение гладкой мускулатуры стенки бронха
- б. отек дыхательных путей
- в. утолщение стенки бронха вследствие структурных изменений, ремоделирование
- г. гиперсекреция слизи

68. Протеинурия без изменения мочевого осадка наиболее характерна для:

- а. острого пиелонефрита
- б. некроза канальцев
- в. нефритического синдрома
- г. амилоидоза почек
- д. туберкулеза почек

69. Диагноз хронической болезни почек может быть установлен, если у пациента отмечается снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup> в течение:

- а. одного месяца
- б. двух месяцев
- в. трех месяцев
- г. четырех месяцев
- д. пяти месяцев

70. Уровень паратгормона при хронической болезни почек, как правило

- а) повышен
- б) понижен
- в) не изменен
- г) зависит от уровня артериального давления
- д) зависит от рН крови

71. Наиболее частыми возбудителями неосложненного внебольничного пиелонефрита являются

- а. кишечная палочка
- б. энтерококк
- в. протей
- г. все выше перечисленное
- д. ничего из перечисленного выше

72. Нефропротективным действием (уменьшение гиперфильтрации) при диабетической нефропатии обладают:

- а. бета-блокаторы;
- б. блокаторы Са-каналов;
- в. тиазидные диуретики;
- г. фуросемид;
- д. ингибиторы АПФ.

73. Морфологические изменения при доброкачественной гиперплазии предстательной железы выявляются в:

- а. семенных пузырьках;
- б. семенном бугорке;
- в. центральной зоне предстательной железы;
- г. шейке мочевого пузыря;
- д. куперовых железах.

74. Препараты, наиболее часто применяемые для лечения дизурических явлений у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы:

	<p>а. ингибиторы 5 альфа-редуктазы;  б. спазмолитики;  в. препараты растительного происхождения;  <u>г. альфа-адреноблокаторы;</u>  д. антибактериальные препараты.</p> <p>75. Для хронической болезни почек характерны:  а. гипокальциемия в сочетании с гипофосфатемией  <u>б. гипокальциемия в сочетании с гиперфосфатемией</u>  в. гиперкальциемия в сочетании с гиперфосфатемией  г. гиперкальциемия в сочетании с гипофосфатемией  д. любые сочетания</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3  «Неотложные состояния в гериатрии»</p>	<p>76. Для кетоацидотической комы характерно:  а. <u>Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз</u>  б. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 осмоль/л), выраженная дегидратация  в. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность  г. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы</p> <p>77. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:  а. <u>В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы</u>  б. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара  в. 4-5 таблеток глюкозы  г. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)</p> <p>78. При лечении больных с зависимостью от бензодиазепинов нецелесообразно: 1. постепенная отмена бензодиазепинов; 2. назначение финлепсина для предупреждения судорожных припадков; 3. проведение длительной терапии ноотропами для коррекции энцефалопатических расстройств; 4. назначение в качестве поддерживающего лечения седативных средств.  Выберите правильный ответ по схеме:  а. правильны ответы 1, 2 и 3;  б. правильны ответы 1 и 3;  в. правильны ответы 2 и 4;  <u>г. правильный ответ 4;</u>  д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>79. При проведении дезинтоксикации больным зависимостью от психоактивных веществ назначают: 1. ноотропные средства, витамины; 2. магнесию сернокислую; 3. форсированный диурез; 4. нейролептики.  Выберите правильный ответ по схеме:  <u>а. правильны ответы 1, 2 и 3;</u>  б. правильны ответы 1 и 3;  в. правильны ответы 2 и 4;  г. правильный ответ 4;  д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>80. При состоянии отмены у больных с зависимостью терапия направлена на: 1. коррекцию нарушения сна; 2. купирование адренергического возбуждения; 3. снятие болевого синдрома; 4. купирование диспептических нарушений;</p>

	<p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а. правильны ответы 1, 2 и 3;  б. правильны ответы 1 и 3;  в. правильны ответы 2 и 4;  г. правильный ответ 4;  <u>д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</u></p> <p>81. Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:</p> <p>а. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода  б. выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта  <u>в. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта</u>  г. поворот пациента на спину, освобождение дыхательных путей</p> <p>82. Основным признаком коматозного состояния является:</p> <p>а. угнетение гемодинамики  б. угнетение дыхания  <u>в. угнетение центральной нервной системы</u>  г. угнетение периферической нервной системы</p> <p>83. Наиболее частой причиной кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является:</p> <p>а. тромбоэмболия легочной артерии  <u>б. обширный некроз миокарда</u>  в. разрыв межжелудочковой перегородки  г. тампонада сердца</p> <p>84. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:</p> <p>а. асистолия  <u>б. фибрилляция желудочков</u>  в. полная атриовентрикулярная блокада  г. экстремальная синусовая брадикардия</p> <p>85. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:</p> <p>а. всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях  б. всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях  <u>в. запястьями, не сгибая рук в локтях</u>  г. запястьями, умеренно сгибая руки в локтях</p> <p>86. Максимальное время, в течение которого может развиваться анафилактический шок, составляет:</p> <p>а. 3 минуты после введения препарата  б. 10 минут после введения препарата  <u>в. 30 минут после введения препарата</u>  г. 1 час после введения препарата</p>
--	---

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы гериатрии»</p>	<p><b>Клиническая задача № 1</b></p> <p>Больной Ф. 78 лет обратился в поликлинику с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, чувство «перебоев» в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние 2 месяца, продолжительностью до нескольких часов, проходят самостоятельно. Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет. При осмотре: телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧДД 17 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный. При</p>
--	--

аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные, учащены. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 110/60 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

ЭКГ: ритм эктопический, зубцы Р во всех отведениях отсутствуют, между комплексами QRS мелкие волны «f», частота сокращения желудочков 95-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Требуется ли неотложная помощь?
6. Назначьте плановую терапию.

### **Клиническая задача № 2**

Пациент Т. 79 лет с жалобами на эпизодическое повышение АД до 160-170/60-70 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области, усилением «шума» в голове. По совету своих родственников при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Считает себя больным около 5-х лет, когда впервые появились выше указанные жалобы. Плановой терапии не получает. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. В течение последних 5 лет отмечает значительное снижение остроты зрения (перестал читать, изображение телевизора крайне размыто), остроты слуха (не может пользоваться телефоном, но разговорную речь слышит, если просит собеседника говорить громче). Последний год появился страх падений (неустойчивость при ходьбе, «бросает из стороны в сторону») из чего перестал выходить за пределы квартиры, по квартире передвигается с помощью трости. Курит около ½ пачки в день – 50 лет. Операций, травм не было.

При физикальном осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 169 см, вес 74 кг (2 года назад 79 кг), При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД сидя – 160/68 мм рт.ст. АД лёжа – 170/74 мм рт.ст. АД стоя 140/62 мм рт.ст. (выраженное головокружение пациента после вертикализации). Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Пастозность нижней трети голени, симметричная.

Вопросы:

1. Выделите основные геронтологические синдромы у пациента
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте терапию согласно поставленному диагнозу, обоснуйте свои назначения.
5. Реабилитация пациента.

### **Клиническая задача 3**

Пациент 67 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (CAT) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в

стационар с высокой температурой, выраженным кашлем, гнойной мокротой. Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ - 29 кг/м<sup>2</sup> .

Гиперемия кожи лица. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии легочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, с удлинненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД - 22 в минуту.

Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лежа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах симметричные отеки до середины голеней.

Общий анализ крови: эритроциты –  $5,3 \cdot 10^9$  /л, Hb - 168 г/л, лейкоциты -  $6,1 \cdot 10^9$  /л (лейкоцитарная формула - без особенностей), СОЭ - 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ<sub>1</sub>= 41,0% от должного, ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ= 0,6. Пульсоксиметрия: SaO<sub>2</sub>=91%. ЭКГ - признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте.
2. Назначьте медикаментозную терапию основного и сопутствующих заболеваний. Обоснуйте свой ответ.
3. Составьте план диспансерного наблюдения, реабилитации.

#### Клиническая задача 4

Мужчина 65 лет обратился по поводу хронического кашля; последнее время (пару месяцев) отмечает появление одышки при физической активности. Со слов пациента в последнее время отмечается усиление кашля. Курит ежедневно 1-1,5 пачки сигарет в течение 35 лет, пробовал неоднократно самостоятельно отказаться от курения, однако безуспешно.

При обследовании: Кожные покровы обычной окраски, пульсоксиметрия демонстрирует сатурацию 98%. ЧСС 80 в минуту, АД 125/82 мм. рт.ст., частота дыхания 16 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями ясный, дыхание с жестким оттенком, по всем легочным полям отмечаются единичные сухие свистящие хрипы. По остальным органам и системам без отклонений. По результатам спирометрии ФЖЕЛ в пределах возрастной нормы, отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ 0,89, ОФВ<sub>1</sub> 81% от нормы.

Вопросы:

1. Какие основные рекомендации следует дать пациенту?
2. Какие препараты фармакологической поддержки отказа от курения возможно использовать?
3. Какие дополнительные методы исследования следует назначить данному пациенту?
4. Программа индивидуальной реабилитации.
5. Диспансеризация: сроки, объем.

#### Клиническая задача 5

Женщина 72 лет, обратилась на прием с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, чувство заложенности за грудиной, чувство нехватки воздуха, одышку при физической нагрузке. Считает себя больной около 15 лет, при усилении симптомов самостоятельно использует ингалятор сальбутамол (до 5 раз в день 2-3 раза в месяц), на фоне чего отмечает значительное уменьшение указанных жалоб. В анамнезе сезонный аллергический ринит, пищевая аллергия, лекарственная аллергия (антибиотики, витамины В6 и В1, новокаин). Не курит, никогда не курила, профессиональной вредности не было. Сопутствующие заболевания: ГБ (принимает лизиноприл 20 мг в сут, индапамид 2,5 мг в сут), СД (принимает метформин 2000 мг/сут, гликлазид МВ 60 мг перед завтраком), остеоартроз коленных и тазобедренных суставов (часто принимает НПВП – диклофенак, мелоксикам, ацеклофенак).

Объективно: Телосложение правильное. Кожные покровы обычного цвета, чистые.

Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Аускультативно выслушиваются сухие, свистящие, высокочастотные хрипы при форсированном выдохе по всем легочным полям. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритм правильный. ЧСС -72 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень - по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте плановую терапию основного и сопутствующих заболеваний.
4. План диспансеризации пациентки.
5. Реабилитация (если необходимо).

#### **Клиническая задача 6**

Пациентка Л.И., 72 года, в прошлом главный бухгалтер крупного предприятия.

**Жалобы:** частые головные боли и повышение АД до 150-160/90-95 мм рт.ст. (в домашних условиях); головокружение («провал под ногами»), усиливающиеся при поворотах головы; шум и звон в ушах, снижение слуха, больше слева; неустойчивость и неуверенность при ходьбе, шаткость походки - «бросает в сторону и назад» (боязнь падений); уменьшение повседневной активности из-за снижения способности к концентрации внимания; ухудшения памяти (текущие события, забывчивость в соблюдении режима приёма лекарственных препаратов), трудности адаптивности при выполнении обычных интеллектуальных занятий (записи к врачу поликлиники, планировании дня и т.д.)

**Из анамнеза:** АГ с возраста 40 лет; регулярно принимает антигипертензивную терапию (лозартан 50 мг в сутки, амлодипин 5 мг в сутки, бисопролол 5 мг в сутки). В возрасте 41 и 45 лет перенесла ОНМК ишемического типа. В 2010 года (66 лет) – первый и зарегистрированный пароксизм ФП (тахисистолический вариант), выбрана стратегия кардиоверсии (в дальнейшем был рекомендован пропафенон 150 мг х 3 раза в день). С 2016 года – перманентная форма ФП, медикаментозная нормосистолия. Сопутствующая терапия: аторвастатин 10 мг, АСК 100 мг. Антикоагулянтная терапия отсутствует (в течение нескольких месяцев принимала варфарин, затем отказалась от приёма из-за необходимости частого лабораторного контроля, отсутствия достижения целевого МНО – со слов пациентки). В течение последних 3-4 лет отмечает ежедневные эпизоды головокружения, неустойчивость и шаткости при ходьбе («бросает в сторону и назад»), что привело к боязни падений, часто провоцируются гипертоническими кризами. Пациентка опасается передвигаться без помощи родственников. Последние 2 года, со слов дочери пациентки – прогрессирующе ухудшение памяти, внимания, концентрации внимания на определённом виде деятельности (не помнит факт приёма лекарственных препаратов, текущие события в семье, трудности в бытовых вопросах – ведение домашнего хозяйства, планирование покупок и т.д.).

**Объективно:** Вес – 89 кг, Рост – 165 см, ОТ – 114 см, ОБ – 106 см. Лёгкие: везикулярное дыхание по всем отделам лёгочных полей, ЧДД – 17 в мин. Сердце: тоны ослаблены, не учащены, аритмичны. ЧСС = ЧП – 82 в мин. АД: 170/102 мм рт.ст., 158/100 мм рт.ст., 156/96 мм рт.ст., АД среднее (сидя): 161/99 мм рт.ст., АД (стоя): 156/96 мм рт.ст. Живот: увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки, край печени мягкий, +1,0 см ниже рёберной дуги. Плотный, ассиметричный, индуративный отёк нижней трети обеих голеней, кожа уплотнена, утолщена, багрового цвета и участками пигментации.

**ЭКГ:** Фибрилляция предсердий с ЧСЖ от 62 до 93 в мин, средняя ЧСЖ – 77 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Нельзя исключить очаговые (рубцовые) изменения перегородочной области ЛЖ.

**ЭхоКГ:** концентрическая ГЛЖ (ИММЛЖ – 126 г/м<sup>2</sup>; ЗСЛЖ – 11,7 мм, МЖП – 12,1 мм) без дилатации ЛЖ (КДР ЛЖ – 48,7 мм, КСР – 30,8 мм); Дилатация ЛП – 43,3 мм (1 ст.), ФВ ЛЖ – 66%. Зон гипо-, акинеза ЛЖ не выявлено. Атеросклероз аорты. Кальциноз створок аортального клапана. Аортальная регургитация 1 ст. Митральная



регургитация 1 ст. Правые отделы – без особенностей. Перикард – норма.

**КТ головного мозга:** КТ-картина перенесённых ОНМК в бассейнах правой и левой средней мозговой артерии, множественные очаги лейкоареоза, умеренное расширение внутренних и наружных ликворосодержащих пространств. Атеросклероз магистральных артерий головного мозга.

**Скрининговая оценка когнитивного статуса:** МоСА тест – 20 баллов. Тест рисования часов:



Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Ведущие гериатрические синдромы у пациентки.
3. Предполагаемые результаты КГО пациентки.
4. Медикаментозная терапия.
5. Вторичная профилактика и комплексная с точки зрения гериатра реабилитация пациентки.
6. Сформулировать заключение врача-гериатра.

#### Клиническая задача 7

Пациент В.Ф., 78 лет. Разведен, долгое время проживает один.

**Жалобы** на боли в поясничном отделе позвоночника, резко усиливающиеся при вставании со стула, наклонах в стороны, с иррадиацией по задней поверхности правого бедра, головную боль, чувство нехватки воздуха при умеренной физ.нагрузке (подъём по лестнице до 2 этажа), иногда – дискомфорт за грудиной (тяжесть) при данном уровне физической нагрузки, неустойчивость и неуверенность при ходьбе, шаткость походки - «ноги не чувствуют твердую почву», «ломоту в ногах» в ночное время, ухудшения памяти (текущие события, забывчивость в соблюдении режима приёма лекарственных препаратов).

**Из анамнеза:** АГ более 25 лет (с 50 лет). В 2012 г первый документированный пароксизм ФП, с 2014 г – перманентная форма ФП. С 2013 г стали беспокоить боли за грудиной при подъёме по лестнице выше 2 этажа, общая слабость, одышка. С 2010 г принимает плановую терапию, назначенную терапевтом поликлиники: эналаприл 10 мг - 1 табл. утром, ½ табл. вечером, метопролол тартрат ретард 50 мг – 1 табл. утром,

индапамид 2,5 мг – 1 табл. утром, фуросемид 40 мг – принимал 3-4 раза в мес (при появлении отёков голеней, стоп или значимом повышении АД), АСК 75 мг, аторвастатин 20 мг – 1 табл. на ночь. В 2011 году выявлен СД 2 типа, назначена сахароснижающая терапия: метформин 850 мг – 1 табл. в завтрак, 1 табл. в ужин, гликлазид МВ 60 мг – 1 табл. в завтрак.

В течение 1,5 лет наблюдается у уролога в связи с ДГПЖ, последние 3 мес принимает тамсулозин 0,4 мг и экстракт плодов пальмы ползучей.

Боли в спине с 40 лет, связывает с тяжёлой физической работой, при усилении болевого синдрома самостоятельно принимает НПВС: внутрь или парентерально (в/м) – диклофенак, кетопрофен. Длительность приёма НПВС составляла до 1 мес.

**Объективно:** рост – 180 см; вес – 118 кг; ОТ – 123 см, ОБ – 109 см. Усиление грудного кифоза, выпрямление поясничного лордоза, асимметрия плеч, лопаток,

таза, сколиоз

пальпация паравerteбральных точек болезненна в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Лёгкие: везикулярное дыхание по всем отделам лёгочных полей, ЧДД – 17 в мин. Сердце: тоны ослаблены, не учащены, аритмичны. ЧСС = ЧП – 72 в мин. АД: 170/92 мм рт.ст., 158/82 мм рт.ст., 156/80 мм рт.ст., АД среднее (сидя): 161/85 мм рт.ст.,

АД (стоя): 156/80 мм рт.ст. Живот: увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки, край печени мягкий, +2,0 см ниже рёберной дуги. Ослаблена пульсация артерий тыла стопы, задней большеберцовой артерии, кожа стоп истончена, выраженный онихомироз всех ногтевых пластин. Симметричная пастозность в нижней трети голени.

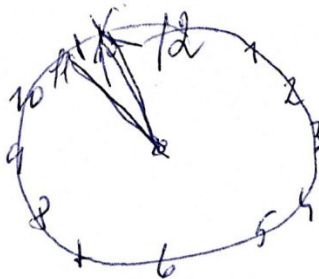
**Лабораторные данные:** гемоглобин – 130 г/л, гематокрит – 43%, глюкоза плазмы натощак – 7,7 ммоль/л, HbA1c – 7,9%, липидный профиль: ОХ – 4,1 ммоль/л; ЛПНП – 1,8 ммоль/л; ЛПВП – 0,86 ммоль/л; ТГ – 1,6 ммоль/л, Na<sup>+</sup> – 140 ммоль/л; K<sup>+</sup> – 4,3 ммоль/л, мочевая кислота – 422 мкмоль/л, креатинин – 110 ммоль/л; рСКФ (СКД-ЕРІ) – 55 мл/ мин/1,73 м<sup>2</sup>, АЛТ – 36 Ед/л; АСТ – 39 Ед/л. Анализ мочи: плотность – 1020; рН – кислая; белок – 0,1 г/л, глюкоза не выявлена; эритроциты – 1-2 п/зр, лейкоциты – 3-4 в п/зр.

**ЭКГ:** Фибрилляция предсердий с ЧСЖ от 47 до 78 в мин, средняя ЧСЖ – 62 в мин. Признаки ГЛЖ с систолической перегрузкой в передней, боковой области ЛЖ.

**ЭхоКГ:** дилатация ЛЖ (КДР – 60,4 мм, КСР – 48 мм). Митральная недостаточность II ст. Дилатация ЛП II ст. Эксцентрическая ГЛЖ (ИММЛЖ – 128,3 г/м<sup>2</sup>; ЗСЛЖ – 12,1 мм, МЖП – 0,92 мм). Атеросклероз аорты. Фиброзные изменения створок аортального клапана. Аортальная недостаточность I ст. Диастолическая дисфункция I типа. Снижение систолической функции ЛЖ (ФВ ЛЖ – 39%). Правые отделы – без особенностей. Перикард – норма.

**Скрининговая оценка когнитивного статуса:** МоСА-тест 19 баллов.

**Тест рисования часов:**



**Гериатрическая шкала оценки депрессии: 12 баллов**

**Тест «встань и иди»: 15 сек.**

**Тест вставания со стула: 17 сек.**

**Опросник «Возраст не помеха»: 4 балла**

Вопросы:

1. Основные гериатрические синдромы у данного пациента.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации, вторичной профилактики.

#### **Клиническая задача 8**

Пациентка 1936 г.р., жалобы на головные боли, головокружение, «шум в голове», снижение памяти на настоящие события, шаткость при ходьбе (передвигается с посторонней помощью, с тростью), боли в спине, усиливающиеся при движении.

**Из анамнеза:** в течение последних 5 лет стали беспокоить выраженная слабость,

усилились и участились головные боли, головокружения. В течение последнего года были 3 падения дома (ушибы мягких тканей). Боли в загрудинной области, одышка при умеренной физ.нагрузке беспокоят в течение 10 лет.

**Анамнез жизни:** работала с 16 лет, тяжелая неквалифицированная работа в течение всей жизни. Более 20 лет вдова. Проживает в отдельной квартире, на 1 этаже.

**Объективно:** Вес – 65кг. Рост – 155см. ОТ – 68 см, ОБ – 80см. Лёгкие: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердце: границы сердца расширены влево на 1см, аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. АД=150/90 мм.рт.ст. АД (стоя): 140/80 мм рт.ст. ЧП=ЧСС=78 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание учащенное, безболезненное. Стул со склонностью к запорам. Симметричная пастозность стоп.

Динамометрия (кг):	1 попытка	2 попытка
правая рука	11 кг	12 кг
левая рука	10 кг	8 кг

Тест «встань и иди» (сек)	18 сек
Способность поддержания равновесия (сек)	5 сек
Визуально аналоговая шкала (%)	80%
Риск переломов, FRAX (%)	13%

#### Оценка когнитивного статуса:

Шкала MMSE – 19 баллов

Гериатрическая шкала депрессии и тревоги – 5 баллов

Тест рисования часов:



**ЭКГ:** Ритм синусовый, 72 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.

**МРТ головного мозга:** зоны кистозно-глиозных изменений теменных, затылочных долей. Очаговые изменения вещества головного мозга дисциркуляторного характера. Атрофические изменения вещества головного мозга с вторичным расширением ликворных пространств.

Вопросы:

1. Основные гериатрические синдромы у данного пациента.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации, вторичной профилактики.

**Клиническая задача 9**

Пациентка 89 лет, **жалобы** на общую слабость, шаткость при ходьбе, головные боли, головокружения, шум в голове, снижение слуха, памяти, боли в коленных и голеностопных суставах.

**Из анамнеза:** артериальная гипертензия более 40 лет. Принимает антигипертензивную терапию в течение последних 10 лет: лизиноприл 10 мг в день, гидрохлортиазид 12,5 мг в день, амлодипин 5 мг. Около 10 лет назад установлен диагноз желчнокаменной болезни. Около 10 лет страдает остеоартрозом коленных суставов, голеностопных суставов. Периодически принимает НПВП (кеторолак, нимесулид).

**Из анамнеза жизни:** образование средне-специальное, работала монтажницей на заводе. В настоящее время проживает одна (вдова, дети проживают отдельно), в квартире на 2 этаже, пользуется лифтом.

**Объективно:** Вес – 68 кг (за 1 год похудела на 6 кг). Рост – 154 см. ОТ – 88 см, ОБ 105 – см. Полная адентия, есть съемный зубной протез. Периферические лимфатические узлы не пальпируются

Аускультативно: дыхание везикулярное, ЧДД в покое 17 в мин. ГОСТ: правая граница - по правому краю грудины, верхняя по 3-му межреберью по левой среднелючичной линии, левая - по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-72 в мин, ЧП 72 в мин. АД (в положении сидя) 140/75 мм рт. ст. АД (стоя) 135/70 мм рт. ст. Отеков на нижних конечностях не выявлено.

Динамометрия (кг)		1 попытка	2 попытка
	правая рука	12 кг	15 кг
	левая рука	15 кг	16 кг
Скорость ходьбы (м/с)	6 м за 9 сек		
Тест «встань и иди» (сек)	35 сек		
Визуально аналоговая шкала, (%)	3 балла		
Риск переломов, FRAX (%)	19,2%		
Индекс повседневной активности Бартел	60 баллов		
Краткая шкала оценки питания (MNA)	21 балл		
Опросник «Возраст не помеха»	5 баллов		

**Оценка когнитивного статуса:**

Шкала MMSE – 20 баллов

Гериатрическая шкала тревоги и депрессии – 9 баллов

Тест рисования часов:



**ЭКГ:** синусовый ритм, 68 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.

**Лабораторные данные:** гемоглобин – 124 г/л; гематокрит – 39%, глюкоза плазмы натощак – 5,33 ммоль/л; липидный профиль: ОХ – 5,3 ммоль/л; ЛПНП – 3,61 ммоль/л; ЛПВП – 0,92 ммоль/л; ТГ – 1,7 ммоль/л; мочевая кислота – 215 мкмоль/л; креатинин – 67 ммоль/л; рСКФ (СКД-ЕРІ) – 53 мл/ мин/1,73 м<sup>2</sup>; АЛТ – 13 Ед/л; АСТ – 17 Ед/л.

Вопросы:

1. Основные гериатрические синдромы у данной пациентки.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации, вторичной профилактики.

#### Клиническая задача 10

Пациент Д., 1933 г.р.

**Жалобы** на общую слабость, снижение мышечной силы, похудание за последние 4 года на 6 кг, снижение памяти, шаткую походку, периоды резко учащенного сердцебиения чувством «перебоев» в работе сердца, боли в коленных суставах при ходьбе, падения.

**Из анамнеза:** ухудшение последние 4 года, когда после смерти жены похудел на 6 кг, появилась мышечная слабость, головокружение, шаткость походки, стал падать на улице, при ходьбе стал использовать трость. Падения приводили к ушибам мягких тканей. Боли в коленных суставах при ходьбе стали почти ежедневными. Пациент отмечает постепенное снижение памяти, остроты зрения и слуха (в связи с чем почти перестал смотреть телевизор, читать газеты).

**Из анамнеза жизни:** образование 7 классов, работал столяром. Проживает в настоящее время один, в квартире на 7 этаже, пользуется лифтом.

**Объективно:** Вес –72 кг. Рост – 178 см. ОТ –84 см, ОБ –90 см. Лёгкие: везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердце: тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС=76 в мин, PS=68 в мин. АД (сидя) 126/64 мм.рт. ст. АД (стоя) 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезнен. Печень пальпаторно не увеличена. Периферических отеков нет.

Динамометрия (кг)	1 попытка		2 попытка	
	правая рука	16	14	
	левая рука	15	17	
Тест «встань и иди» (сек)	25 сек			
Способность поддержания равновесия (сек)	Не выполняет пробу – выраженные нарушения равновесия			
Визуально аналоговая шкала (%)	50%			
Риск переломов, FRAX (%)	14, 2%			
Индекс повседневной активности Бартел	50 баллов			
Краткая шкала оценки питания MNA	11 баллов			

**Оценка когнитивного статуса:**

Шкала MMSE: 24 балла

Гериатрическая шкала депрессии и тревоги: 14 баллов.

**Лабораторные данные:** гемоглобин – 115 г/л; эритроциты- $3,09 \times 10^{12}$ /л, MCV- 78 фл, лейкоциты- $7,6 \times 10^9$ /л: э-2,п-1,с-65,лимф-24,м-8; СОЭ-8 мм\ч, тромбоциты- $173 \times 10^9$ /л, глюкоза плазмы натощак – 5,9 ммоль/л; липидный профиль: ОХ – 3,8 ммоль/л; общий белок-55 ммоль\л, альбумин- 40 ммоль\л, креатинин – 94 ммоль/л; АЛТ – 28 Ед/л; АСТ – 25 Ед/л.

**ЭКГ:** эктопический ритм - фибрилляция предсердий с ЧСЖ от 62 до 93 в мин, средняя ЧСЖ – 77 в мин. Вертикальное положение ЭОС. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопросы:

1. Основные гериатрические синдромы у данной пациентки.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации.

### Клиническая задача 11

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъем на 2-й этаж), купируются приемом нитроглицерина и при прекращении нагрузки. Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приема раствора соды, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрной окраски стула в течение 2-х суток. В возрасте 50 лет диагностировали язвенную болезнь 12-перстной кишки, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался.

Больной страдает ИБС; 8 месяцев назад перенёс инфаркт миокарда, проведена операция реваскуляризации миокарда - стентирование коронарных артерий (установлено 2 стента с лекарственным покрытием). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, АСК и клопидогрел. Последние 2 месяца прекратил приём розувастатина.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/66 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты  $3,11 \times 10^{12}$ /л, Hb-93 г/л, MCV 82 fl, MCH 28 pg, ретикулоциты – 8%, RDW 18%, лейкоциты  $5,6 \times 10^9$ /л. СОЭ 18 мм/час. Общий холестерин 6,5 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л, ЛПВП 0,87 ммоль/л, ЛПНП 4,45 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 88 в 1 мин; RI> RII> RIII, в I, aVL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Профилактика.

### Клиническая задача 12

Мужчина 66 лет, пенсионер, обратился с жалобами на одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, отеки в области лодыжек. Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес инфаркт. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отёков в области лодыжек к вечеру. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 77 кг. Кожные покровы обычной окраски, влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС – 72 в мин. АД – 132/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. ОАК: эритроциты  $3,89 \times 10^{12}/л$ , Hb-113 г/л, MCV 78 fl, MCH 26 pg, RDW 18%, лейкоциты  $5,6 \times 10^9/л$ . СОЭ 18 мм/час. Глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 112 мкмоль/л, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий – 4,1 ммоль/л; ферритин сыворотки 18 мкг/л. ЭКГ: ритм синусовый 68 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента и лечения.
4. Какие рекомендации, касающиеся немедикаментозного лечения и реабилитации, необходимо дать пациенту?

### **Клиническая задача 13**

Женщина 75 лет обратилась на приём с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд. Больной себя считает в течение недели, когда во время работы на даче появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала диклофенак – с незначительным эффектом.

Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу миомы матки), хирургическая менопауза. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост 160 см., вес 52 кг. При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчёркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 64 в минуту, АД 136/70 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 127 г/л, лейкоциты –  $7,8 \times 10^9/л$ , базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты –  $267 \times 10^9/л$ , СОЭ – 14 мм/час. Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,4, в шейке бедра показатель Т-критерия -2,5.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

## 5. Рекомендации по реабилитации и вторичной профилактике?

### Клиническая задача 14

Пациент К. 74 лет. **Жалобы** на ухудшение самочувствия последние 2 недели: усиление одышки (появляется при незначительной физической нагрузке - умывании, одевании), «свист» в грудной клетке, кашель с мокротой желто-зеленого цвета (ее количество увеличилось последние 7-10 дней, повышение температуры до 37,8°C).

**Анамнез заболевания:** сухой кашель в течение последних 20 лет (связывал с курением) Последние 10 лет стал отмечать одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Данное ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°C, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась одышка. Лечился дома самостоятельно: азитромицин 500 мг 1 раз в день 5 дней, беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения.

**Анамнез жизни:** курит 50 лет по 1-1,5 пачки в сутки, работает прорабом на стройке более 30 лет. Аллергоанамнез не отягощен.

**Объективно:** кожные покровы влажные, гиперемия лица, цианоз губ. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. При аускультации легких – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нижних конечностей нет.

По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния (mMRS) - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,42 \times 10^{12}/л$ , Нв - 165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты -  $8,4 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета, лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет.

По данным пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%.

ФВД: ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с сальбутамолом 4 дозы  $\Delta$  ОФВ1 – 2,12%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. План реабилитации, меры вторичной профилактики?

### Клиническая задача 15

На приёме у врача пациентка 72 лет с жалобами на наличие безболезненных опухолевидных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также повышенную потливость, слабость. Вышеуказанные жалобы появились около 3 мес назад, постепенно нарастают.

**Объективно:** кожа и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты –  $3,1 \times 10^{12}/л$ , Нв – 109 г/л, тромбоциты –  $178 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $39 \times 10^9/л$ , палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.



Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

#### Клиническая задача 16

Пациентка А.Н., 84 лет с жалобами на общую слабость, чувство нехватки воздуха и чувство учащенного сердцебиения при ходьбе в пределах комнаты, головокружение.

**Из анамнеза:** в течение последних 3 лет отмечает постепенное нарастание общей слабости,

снижение переносимости повседневного уровня физической нагрузки (в пределах квартиры), частое появление отеков в области лодыжек к вечеру. Пациентку беспокоит снижение памяти (забывает принимать лекарства, тяжело вспомнить текущие события), шаткость походки (появилась боязнь падений), снижение зрения и слуха.

10 лет назад перенесла ИМ передней стенки ЛЖ.

2 года назад в связи с потерей сознания, выявленной АВ-блокадой II степени,

Мобитц 2 в срочном порядке выполнена имплантация ПЭКС в режиме VVI.

Более 40 лет страдает ГБ.

В течение последнего года принимает: эналаприл 20 мг/сут, спиронолактон 50 мг/сут, метопролол тартрат 50 мг 2 раза в сут, триметазидин по 35 мг 2 раза в день, фуросемид 40 мг 3 раза в неделю, симvastатин 20 мг в сут, АСК 100 мг в сут, бетагистин 32 мг в сут, мексидол по 125 мг 3 раза в сут, корвалол по 30-40 кап 2 раза в день, феназепам ½ табл- 1 табл на ночь (в связи с нарушениям ночного сна – трудно заснуть).

Из анамнеза жизни: проживает с супругом, в отдельной квартире, на 4 этаже, лифта нет. Из квартиры последний год не выходит, прибегает к помощи социального работника (приходит 3 раза в неделю).

Использование вспомогательных средств в повседневной жизни: съемный зубной протез, очки, трость.

**Объективно:** Вес – 51 кг (похудела на 5 кг за последний год). Рост – 154 см. Кожа, видимые слизистые слегка бледные, нормальной влажности. Полная адентия (использует съемный зубной протез). В легких при аускультации дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные хрипы. ЧДД в покое 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС=ЧП= 60 в мин. АД 120/62 мм рт. ст. (сидя), АД 100/58 мм рт.ст. (стоя). Печень +2,0 см из-под реберной дуги, край эластичной консистенции, ровный, безболезненный.

Симметричные отеки на нижних конечностях в области нижней трети голени.

Варикозное расширение поверхностных вен.

Динамометрия (кг)	правая рука	17 кг
	левая рука	14 кг
Тест «встань и иди» (сек)	28 сек	
Способность поддержания равновесия (сек)	не выполняет	
Риск переломов (%) по FRAX	6,5% для остеопоротических переломов 4,7 % для переломов проксимального отдела бед	
Опросник «Возраст не помеха»	5 баллов	

	Активность в повседневной жизни (индекс Бартел)	55 баллов
	Краткая шкала оценки питания – MNA	19,5 баллов
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Неотложные состояния в гериатрии»</p>	<p><b>Оценка когнитивного статуса:</b> шкала MMSE – 21 балл тест рисования часов – 3 балла гериатрическая шкала депрессии – 7 баллов.</p> <p><b>Лабораторные данные:</b> гемоглобин – 104 г/л; эритроциты <math>3,8 \times 10^{12}</math>/л, MCV 78 fl, тромбоциты – <math>188 \times 10^9</math>/л, лейкоциты – <math>4,9 \times 10^9</math>/л, СОЭ – 13 мм/ч, глюкоза плазмы натощак – 5,2 ммоль/л; ОХ – 3,31 ммоль/л; ЛПНП – 2,0 ммоль/л; ЛПВП – 0,91 ммоль/л; ТГ – 0,87 ммоль/л; <math>\text{Na}^+</math> 142 ммоль/л; <math>\text{K}^+</math> 3,8 ммоль/л, мочевая кислота – 248 мкмоль/л; креатинин – 128 мкмоль/л; АЛТ – 15,1 Ед/л; АСТ – 17,7 Ед/л.</p> <p><b>Заключение ЭКГ:</b> Ритм ЭКС 60 в мин в режиме VVI.</p> <p><b>Суточное мониторирование ЭКГ:</b> ритм ЭКС 60 в мин в режиме VVI 90% навязанного ритма. Нарушений в системе ЭКС не выявлено. Собственный синусовый ритм (10% времени мониторирования) с одиночными, а также по типу би-, тригеминии желудочковыми экстрасистолами, всего 4120 за сутки. выявлены 4 парные желудочковые экстрасистолы.</p> <p><b>Эхокардиография:</b> Атеросклероз аорты. Дилатация левого предсердия 2 ст., правого предсердия 1 степени, расширение полости ЛЖ и умеренное снижение его систолической функции (ФВ 39%). Кальциноз аортального клапана 2 ст., аортальная регургитация 1 степени. Кальциноз створок митрального клапана 1 ст., митральная регургитация 1-2 ст. Трикуспидальная регургитация 2 ст. Электрод в правых отделах.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные гериатрические синдромы у данной пациентки.</li> <li>2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.</li> <li>3. Необходимое дообследование.</li> <li>4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.</li> <li>5. Индивидуальная программа реабилитации.</li> </ol> <p><b>Клиническая задача № 17</b> Мужчина 75 лет предъявляет <b>жалобы</b> на интенсивные давящие за грудиной боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после повышения АД до 220/90 мм рт.ст. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина и 1 таблетку каптоприла 25 мг – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. <b>В анамнезе</b> артериальная гипертензия в течение последних 20 лет. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 40 лет. <b>При объективном обследовании:</b> состояния средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах слегка ослаблено, единичные влажные хрипы ниже угла лопаток. ЧДД 22 в мин. SpO2 93%. Тоны сердца ослаблены, учащены, ритм правильный, АД – 140/76 мм рт. ст., ЧСС – 94 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. <b>ЭКГ:</b> синусовая тахикардия, 91 в мин. ЭОС отклонена влево. В отведениях II, III, aVF определяется подъем сегмента ST до 4 мм.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте</li> </ol>	

свой выбор.

4. Какие дополнительные обследования показаны пациенту

#### **Клиническая задача № 18**

Больная Н. 73 лет, пенсионерка, обратилась на прием к врачу в сопровождении дочери. Предъявляет **жалобы** на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Дочь указывает на резкое появление и быстрое прогрессирование когнитивных нарушений у мамы (забывчива, теряется при пользовании бытовой техникой, временами не узнает близких), нарушений сна (отсутствие сна в ночное время), нарушений тазовых функций (недержание мочи и кала).

**Из анамнеза** известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации. На руках есть протокол ФГДС, выполненной в условиях частной клиники по инициативе дочери пациентки (заключение: атрофический гастрит).

**Объективно:** состояние средней тяжести. Рост 161 см, вес 56 кг, ИМТ 21,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Отёков нет. Костно-суставно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, учащены, ритм правильный. ЧСС – 97 в 1 мин. АД – 130/70 мм.рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, край эластичный. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета.

Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) -  $2,31 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) -  $2,8 \times 10^9/л$ : базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, тромбоциты (PLT) –  $76 \times 10^9/л$ . СОЭ = 41 мм/час.

Вопросы:

1. Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.
2. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.

#### **Клиническая задача № 19**

Больной Ю. 74 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. **Жалобы** на головную боль, шум в ушах, тошноту.

**Из анамнеза** известно, что в течение более 20 лет более гипертонической болезнью, принимает эналаприл+гидрохлортиазид по 10+12,5 мг/сут. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 110/60 до 170/90 мм рт. ст). Сегодня утром появилась резкая головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение, тошнота, однократно - рвота. Принимал каптоприл 25 мг, нифедипин 20 мг, без эффекта.

**Объективно:** сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см лнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/90 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет.

**Заключение ЭКГ:** синусовая тахикардия, ЧСС 92 ударов в минуту. Отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии левого желудочка с перегрузкой в передне-боковой области ЛЖ.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Рекомендации по дальнейшей плановой терапии?

### Клиническая задача № 20

Пациент 72 лет с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в привычном для него темпе через 50-70 м или при подъёме на 1 лестничный пролёт, проходящие через 3-5 мин покоя, после использования коротко действующих нитратов.

**Из анамнеза заболевания:** Боли за грудиной при повседневной физической нагрузке беспокоят более 10 лет, неоднократно обращался за мед.помощью, принимал регулярную терапию: периндоприл 5 мг в сут, метопролол тарtrat ретард 50 мг сут, АСК 100 мг, аторвастатин 10 мг в сут. Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда на фоне отмены терапии (уехал на дачу, забыл взять препараты плановой терапии) приступы загрудинных болей участились, стали возникать несколько раз в день, при меньших нагрузках, а также в покое.

**Из анамнеза жизни** известно, что больной страдает артериальной гипертензией длительное время, курит до 1 пачки сигарет в день в течение 50 лет.

**Объективно:** сознание ясное, гиперстенической конституции. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, влажности. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, учащены. ЧСС=ЧП= 90 ударов в минуту, АД - 170/80 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Отёков нет.

**На ЭКГ:** синусовая тахикардия, ЧСС 92 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево.

Признаки ГЛЖ. Депрессия сегмента ST на 2-3 мм косо нисходящего типа в отведениях I, II, aVL, V4-V6. В отведениях V1-V3 з.Т сглажены.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
4. План дополнительного обследования пациента?
5. Стратегия дальнейшего лечения пациента
6. Реабилитация, вторичная профилактика.

### Клиническая задача № 21

Пациент 74 лет поступает в стационар с жалобами на резкую слабость (дома в день обращения была кратковременная потеря сознания при вставании с постели), головокружение, давящие боли за грудиной.

**Из анамнеза заболевания:** резкое ухудшение самочувствия и появление выше описанных симптомов отмечено в течение нескольких часов. Накануне вечером был жидкий стул черной окраски.

**Из анамнеза жизни:** АГ в анамнезе более 20 лет. Пациент более 10 лет назад перенес ИМ. В течение 8 лет – постоянная форма фибрилляции предсердий. Регулярно принимал: периндоприл 4 мг, бисопролол 7,5 мг, дигоксин ½ табл., спиронолактон 25 мг, АСК 75 мг, дабигатран по 150 мг 2 раза в день, аторвастатин 20 мг.

В связи с обострением болевого синдрома в коленных суставах (остеоартроз коленных и тахобедренных суставов более 20 лет) в течение 14 последних дней принимал различные НПВП (диклофенак, ацеклофенак, кеторолак). За 2 дня до ухудшения состояния на семейном празднике выпил около 150 мл крепкого спиртного напитка.

Больше 20 лет лечился в стационаре по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, последние годы-без обострений.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые бледные, влажные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту.

Тоны сердца ясные, учащены, аритмичные. ЧСС 120 ударов в минуту, ЧП 96 в мин. АД - 90/55 мм рт. ст. Живот участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, печень не выступает из-под рёберной дуги. Отёков нет.

**На ЭКГ:** эктопический ритм, фибрилляция предсердий с ЧСЖ 110-150 в мин, средней ЧСЖ 130 в мин. Очаговые рубцовые изменения в задней стенке ЛЖ (патологический з.О в отведениях III, aVF). Депрессия сегмента ST на 1 мм косо нисходящего типа в отведениях V4-V6.

**Общий анализ крови (cito):** эритроциты (RBC) –  $2,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин (Hb) – 68 г/л, MCV – 84 fl, лейкоциты (WBC) –  $5,9 \times 10^9/л$ : базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, тромбоциты (PLT) –  $190 \times 10^9/л$ . СОЭ = 11 мм/час.

Вопросы:

	1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? 4. План дополнительного обследования пациента? 5. Стратегия дальнейшего лечения пациента 6. Реабилитация, вторичная профилактика.
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 11. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: <b>Удовлетворительно (3)</b>	% выполнения задания 61 - 75
<b>Хорошо (4)</b>	76 - 90
<b>Отлично (5)</b>	91 - 100

#### 12. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 13. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

#### 14. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность

<b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям	4. Полнота раскрытия вопроса
<b>Отлично (5)</b>	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Гериатрия»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	1-11	1-21	1-33	1-10
	3			1-6	1-10
ОПК	4	12-86	1-16	7-29 30-33	11-47 48-52
	5	12-86	1-16	7-29 30-33	11-47 48-52
	1	12-75	1-16	7-29	1-10 11-47
	2		3-16		1-10
	4	1-11	6-9,11-14,16	1-29	1-47
	5				1-10 11-47
	6	76-86	1,17-21	30-33	48-52

## 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГЕРИАТРИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<b>Б 1.Б.6.1</b>	Раздел 1 «Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»	66
<b>Б 1.Б.6.2</b>	Раздел 2 «Частная гериатрия»	234
<b>Б 1.Б.6.3</b>	Раздел 3 «Неотложные состояния в гериатрии»	24

### Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Концепции паллиативной помощи. Принципы паллиативной помощи.</li> <li>2. Хоспис как организованная программа по оказанию паллиативной помощи.</li> <li>3. Эвтаназия как важнейшая проблема современной биоэтики.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частная гериатрия»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Аффективный спектр расстройств в поздних возрастах</li> <li>2. Депрессии в поздних возрастах (скрининг, протоколы терапии)</li> <li>3. Тревожное расстройство в поздних возрастах (скрининг, протоколы терапии)</li> <li>4. Немедикаментозные методы лечения психических расстройств в поздних возрастах</li> <li>5. Синдром паркинсонизма: клиника, дифференциальный диагноз, подходы к терапии.</li> <li>6. Паллиативная помощь пациентам с терминальной стадией ХСН.</li> <li>7. Паллиативная помощь пациентам с терминальной стадией ХБП.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Неотложные состояния в гериатрии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Делирий: от раннего распознавания к эффективному лечению</li> <li>2. Коматозные состояния: клиника комы, диагностика и дифференциальная диагностика.</li> <li>3. Мероприятия неотложной врачебной помощи при травмах головного мозга.</li> </ol>

### Темы рефератов:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Фундаментальная</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Боль. Болевое поведение.</li> <li>2. Правовые, социальные и этические проблемы эвтаназии.</li> </ol>
---	--

геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»	3. Отношение общества к проблеме эвтаназии.
<b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частная гериатрия»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга.</li> <li>2. Психические нарушения при атрофических процессах головного мозга.</li> <li>3. Расстройство сна в поздних возрастах (немедикаментозные интервенции)</li> <li>4. Паллиативная помощь при онкологических заболеваниях.</li> <li>5. Паллиативная помощь пациентам с терминальной стадией дыхательной недостаточности.</li> </ol>
<b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Неотложные состояния в гериатрии»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мероприятия неотложной врачебной помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения</li> </ol>

### Критерии и шкала оценивания

#### 2. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

#### 3. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Полнота знания учебного материала по теме занятия</li> <li>2. Аргументированность</li> <li>3. Соблюдение культуры речи</li> <li>4. Собственная позиция</li> <li>5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов коллег</li> </ol>



**Фонд оценочных средств по программе освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b>№</b>	<b>Контрольные вопросы</b>	<b>Проверяемые компетенции</b>
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
4.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
5.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
6.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием	УК-1

	воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-3 УК-4 ОПК-9 ОПК-10
8.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<b>№</b>	<b>Манипуляции</b>	<b>Проверяемые компетенции</b>
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
3.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
4.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
5.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4

		УК-5 ОПК-9 ОПК-10
6.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
7.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
8.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-10
9.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10

### Банк тестовых заданий

Примеры тестового контроля:

1. Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач):
  - а. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции легких; непрямой массаж сердца; режим - 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку
  - б. непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;**
  - в. непрямой массаж сердца; проведение искусственной вентиляции легких; внутрисердечные инъекции; режим - 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку
  - г. искусственная вентиляция легких; внутрисердечное введение адреналина; непрямой массаж сердца;
  - д. режим - 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку
  - е. непрямой массаж сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ "рот в рот"
  
2. Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение
  - а. горизонтальное, на спине с твердой основой**
  - б. на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру)
  - в. на спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу)
  - г. полусидя с валиком под лопатками

д. лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога

3. В преагональном состоянии артериальное давление составляет:

- а) **60/20 мм рт.ст.**
- б) 40/0 мм рт.ст.
- в) не определяется
- г) 80/40 мм рт.ст.
- д) 90/45 мм рт.ст.

4. Выполнение коникотомии требуется в случае:

- а) остановки дыхания при электротравме
- б) остановки дыхания при утоплении
- в) отека легких
- г) остановки дыхания вследствие ЧМТ
- д) обтурации верхних дыхательных путей

5. Основными признаками клинической смерти являются:

- А) Нитевидный пульс на сонной артерии
- Б) Расширение зрачков и отсутствие пульса на сонной артерии
- В) Отсутствие пульса на бедренной артерии
- Г) Отсутствие пульса на лучевой артерии

6. Критериями эффективности реанимации являются;

- А) Пульс на сонной артерии во время массажа
- Б) Экскурсии грудной клетки во время массажа
- В) Уменьшение бледности и цианоза, сужение зрачков и пульс на сонной артерии
- Г) Перелом ребер во время массажа

7. Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:

- А) 0,5 мл 0,1 % раствора
- Б) 1,0 мл 0,1% раствора
- В) 3 мл 0,1% раствора
- Г) 5 мл 0,1% раствора

8. При остром инфаркте миокарда чаще всего развивается:

- А) Синусовая брадикардия
- Б) Мерцательная аритмия
- В) Желудочковая экстрасистолия
- Г) Фибрилляция желудочков

9. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- А) Асистолия
- Б) Фибрилляция желудочков
- В) Полная атриовентрикулярная блокада
- Г) Экстремальная синусовая брадикардия

10. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- А) всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- Б) всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- В) запястьями, не сгибая рук в локтях
- Г) запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

11. Глубина коматозного состояния определяется:

- А) По выраженности гемодинамических расстройств
- Б) По степени угнетения сознания
- В) По степени угнетения рефлексов
- Г) По глубине дыхания

12. Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:

- А) Артериальная гипотония
- Б) Артериальная гипертензия
- В) Нарушение ритма сердца
- Г) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- Д) Холодный пот

13. Противопоказанием для применения морфина у больных с отеком легких является:

- А) Отек легких на фоне инфаркта
- Б) Отек легких на фоне гипертонического криза
- В) Отек легких на фоне порока сердца
- Г) Отек легких у больных старческого возраста

14. При астматическом статусе необходимо:

- А) Прекращение контакта с аллергеном, перорально - антигистаминные препараты
- Б) Повторное введение подкожно адреналина 0,1% 0,2 мл и внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл
- В) Внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл, преднизолона 90-120 мг, инфузия 5% глюкозы, ингаляция кислорода
- Г) Внутривенное введение эуфиллина 2,4 % 10-15 мл, эфедрин 5 % 1,0 мл, инфузия физраствора 200 мл

15. Максимальное время, в течение которого может развиваться анафилактический шок составляет:

- А) 3 минуты после введения препарата
- Б) 10 минут после введения препарата
- В) 30 минут после введения препарата
- Г) 1 час после введения препарата

16. Для кетоацидотической комы характерно:

- д. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз
- е. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация
- ж. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность
- з. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы

17. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:

- д. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы
- е. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара
- ж. 4-5 таблеток глюкозы
- з. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)

88. При лечении больных с зависимостью от бензодиазепинов нецелесообразно: 1. постепенная

отмена бензодиазепинов; 2. назначение финлепсина для предупреждения судорожных припадков; 3. проведение длительной терапии ноотропами для коррекции энцефалопатических расстройств; 4. назначение в качестве поддерживающего лечения седативных средств.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. При проведении дезинтоксикации больным зависимостью от психоактивных веществ назначают: 1. ноотропные средства, витамины; 2. магнезию сернокислую; 3. форсированный диурез; 4. нейролептики.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

21. При состоянии отмены у больных с зависимостью терапия направлена на: 1. коррекцию нарушения сна; 2. купирование адренергического возбуждения; 3. снятие болевого синдрома; 4. купирование диспептических нарушений;

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

22. Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:

- а. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- б. выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- в. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта
- г. поворот пациента на спину, освобождение дыхательных путей

23. Основным признаком коматозного состояния является:

- а. угнетение гемодинамики
- б. угнетение дыхания
- в. угнетение центральной нервной системы
- г. угнетение периферической нервной системы

24. Наиболее частой причиной кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является:

- а. тромбоэмболия легочной артерии
- б. обширный некроз миокарда
- в. разрыв межжелудочковой перегородки
- г. тампонада сердца

25. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- а. асистолия
- б. фибрилляция желудочков
- в. полная атриовентрикулярная блокада

г. экстремальная синусовая брадикардия

26. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- а. всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- б. всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- в. запястьями, не сгибая рук в локтях
- г. запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

### **Банк ситуационных клинических задач**

#### **Клиническая задача № 1**

Мужчина 75 лет предъявляет **жалобы** на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после повышения АД до 220/90 мм рт.ст. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина и 1 таблетку каптоприла 25 мг – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

**В анамнезе** артериальная гипертензия в течение последних 20 лет. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 40 лет.

**При объективном обследовании:** состояния средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах слегка ослаблено, единичные влажные хрипы ниже угла лопаток. ЧДД 22 в мин. SpO<sub>2</sub> 93%. Тоны сердца ослаблены, учащены, ритм правильный, АД – 140/76 мм рт. ст., ЧСС – 94 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

**ЭКГ:** синусовая тахикардия, 91 в мин. ЭОС отклонена влево. В отведениях II, III, aVF определяется подъем сегмента ST до 4 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие дополнительные обследования показаны пациенту

#### **Клиническая задача № 2**

Больная Н. 73 лет, пенсионерка, обратилась на прием к врачу в сопровождении дочери. Предъявляет **жалобы** на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Дочь указывает на резкое появление и быстрое прогрессирование когнитивных

нарушений у мамы (забывчива, теряется при пользовании бытовой техникой, временами не узнает близких), нарушений сна (отсутствие сна в ночное время), нарушений тазовых функций (недержание мочи и кала).

**Из анамнеза** известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации. На руках есть протокол ФГДС, выполненной в условиях частной клиники по инициативе дочери пациентки (заключение: атрофический гастрит).

**Объективно:** состояние средней тяжести. Рост 161 см, вес 56 кг, ИМТ 21,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Отёков нет. Костно-суставно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, учащены, ритм правильный. ЧСС – 97 в 1 мин. АД – 130/70 мм.рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, край эластичный. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета.

Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) -  $2,31 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) -  $2,8 \times 10^9/л$ : базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, тромбоциты (PLT) –  $76 \times 10^9/л$ . СОЭ = 41 мм/час.

Вопросы:

1. Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.
2. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.

### **Клиническая задача № 3**

Больной Ю. 74 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. **Жалобы** на головную боль, шум в ушах, тошноту.

**Из анамнеза** известно, что в течение более 20 лет более гипертонической болезнью, принимает эналаприл+гидрохлортиазид по 10+12,5 мг/сут. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 110/60 до 170/90 мм рт. ст). Сегодня утром появилась резкая головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение, тошнота, однократно - рвота. Принимал каптоприл 25 мг, нифедипин 20 мг, без эффекта.



**Объективно:** сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/90 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет.

**Заключение ЭКГ:** синусовая тахикардия, ЧСС 92 ударов в минуту. Отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии левого желудочка с перегрузкой в передне-боковой области ЛЖ.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Рекомендации по дальнейшей плановой терапии?

#### **Клиническая задача № 4**

Пациент 72 лет с **жалобами** на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в привычном для него темпе через 50-70 м или при подъёме на 1 лестничный пролёт, проходящие через 3-5 мин покоя, после использования коротко действующих нитратов.

**Из анамнеза заболевания:** Боли за грудиной при повседневной физической нагрузке беспокоят более 10 лет, неоднократно обращался за мед.помощью, принимал регулярную терапию: периндоприл 5 мг в сут, метопролол тартрат ретард 50 мг сут, АСК 100 мг, аторвастатин 10 мг в сут. Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда на фоне отмены терапии (уехал на дачу, забыл взять препараты плановой терапии) приступы загрудинных болей участились, стали возникать несколько раз в день, при меньших нагрузках, а также в покое.

**Из анамнеза жизни** известно, что больной страдает артериальной гипертензией длительное время, курит до 1 пачки сигарет в день в течение 50 лет.

**Объективно:** сознание ясное, гиперстенической конституции. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, влажности. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, учащены. ЧСС=ЧП= 90 ударов в минуту, АД - 170/80 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Отёков нет.

**На ЭКГ:** синусовая тахикардия, ЧСС 92 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево. Признаки ГЛЖ. Депрессия сегмента ST на 2-3 мм косо нисходящего типа в отведениях I, II, aVL, V4-V6. В отведениях V1-V3 з.Т сглажены.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
4. План дополнительного обследования пациента?
5. Стратегия дальнейшего лечения пациента
6. Реабилитация, вторичная профилактика.

### **Клиническая задача № 5**

Пациент 74 лет поступает в стационар с **жалобами** на резкую слабость (дома в день обращения была кратковременная потеря сознания при вставании с постели), головокружение, давящие боли за грудиной.

**Из анамнеза заболевания:** резкое ухудшение самочувствия и появление выше описанных симптомов отмечено в течение нескольких часов. Накануне вечером был жидкий стул черной окраски.

**Из анамнеза жизни:** АГ в анамнезе более 20 лет. Пациент более 10 лет назад перенес ИМ. В течение 8 лет – постоянная форма фибрилляции предсердий. Регулярно принимал: периндоприл 4 мг, бисопролол 7,5 мг, дигоксин ½ табл., спиронолактон 25 мг, АСК 75 мг, дабигатран по 150 мг 2 раза в день, аторвастатин 20 мг.

В связи с обострением болевого синдрома в коленных суставах (остеоартроз коленных и тахобедренных суставов более 20 лет) в течение 14 последних дней принимал различные НПВП (диклофенак, ацеклофенак, кеторолак). За 2 дня до ухудшения состояния на семейном празднике выпил около 150 мл крепкого спиртного напитка.

Больше 20 лет лечился в стационаре по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, последние годы-без обострений.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые бледные, влажные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, учащены, аритмичные. ЧСС 120 ударов в минуту, ЧП 96 в мин. АД - 90/55 мм рт. ст. Живот участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, печень не выступает из-под рёберной дуги. Отёков нет.

**На ЭКГ:** эктопический ритм, фибрилляция предсердий с ЧСЖ 110-150 в мин, средней ЧСЖ 130 в мин. Очаговые рубцовые изменения в задней стенке ЛЖ (патологический з. Q в отведениях III, aVF). Депрессия сегмента ST на 1 мм косо нисходящего типа в отведениях V4-V6.

**Общий анализ крови (cito):** эритроциты (RBC) –  $2,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин (Hb) – 68 г/л, MCV – 84 fl, лейкоциты (WBC) –  $5,9 \times 10^9/л$ : базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, тромбоциты (PLT) –  $190 \times 10^9/л$ . СОЭ = 11 мм/час.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
4. План дополнительного обследования пациента?
5. Стратегия дальнейшего лечения пациента
6. Реабилитация, вторичная профилактика.

### Контроль освоения ординаторами компетенций

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-26	1-5	1-9	1-9	
	3	1-26	1-5	1, 3, 4, 6-9	1-8	
	4	1-26	1-5	1, 3, 4, 6-9	1-8	
	5	1-26	1-5	1, 3, 4, 6-9	1-8	
ОПК	9	1-26	1-5	1-9	1-9	
	10	1-26	1-5	1-9	1-9	

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p><b>Б 1. В. ОД.1.1</b> «Сахарный диабет у пациентов пожилого и старческого возраста»</p>	<p>58. Показатели гликемии, отражающие компенсацию СД 2 типа 59. Метаболические эффекты метформина 60. Классификация секретогенных препаратов для лечения СД 2 типа 61. Классификация сахарозаменителей 62. Диагностики сахарного диабета 63. Проявления диабетической полинейропатии 64. Классификация острых осложнений сахарного диабета 65. Причины и факторы риска развития гипогликемических состояний у пожилых пациентов</p>
<p><b>Б 1. В. ОД.1.2</b> «Патология щитовидной железы в пожилом и старческом возрасте»</p>	<p>66. Оценка функция щитовидной железы, наиболее информативные тесты 67. Характерные особенности первичного гипотиреоза 68. Диагностика первичного гипотиреоза 69. Особенности лечения пожилых больных с тяжелым гипотиреозом 70. Характерные особенности субклинического тиреотоксикоза и гипотиреоза</p>
<p><b>Б 1. В. ОД.1.3</b> «Изменения половых органов в пожилом возрасте»</p>	<p>71. МГТ, показания и противопоказания 72. Урогенитальный синдром в постменопаузе</p>

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1. В. ОД.1.1</b> «Сахарный диабет у пациентов пожилого и старческого возраста»</p>	<p>94. Поздние осложнения СД, классификация 95. Инсулинотерапия сахарного диабета в пожилом возрасте 96. Осложнения инсулинотерапии у пожилых пациентов 97. Пероральные сахароснижающие препараты 98. Инкретиномиметики в лечении сахарного диабета 99. Формы и методы самоконтроля сахарного диабета у пожилых 100. Понятие гипогликемии, ее клинические проявления в пожилом и старческом возрасте, диагностика 101. Лекарственные средства, прием которых ассоциирован с риском развития гипергликемии 102. Особенности применения некоторых сахароснижающих препаратов у пациентов пожилого и старческого возраста и в зависимости от функции почек.</p>
<p><b>Б 1. В. ОД.1.2</b> «Патология щитовидной железы в пожилом и старческом возрасте»</p>	<p>103. Гипертиреоз: причины, клиника, диагностика, особенности в пожилом возрасте 104. Лечение тиреотоксикоза в пожилом возрасте 105. Причины гипотиреоза у пожилых, диагностика 106. Заместительная терапия тиреоидными гормонами в пожилом возрасте</p>
<p><b>Б 1. В. ОД.1.3</b> «Изменения половых органов в пожилом возрасте»</p>	<p>107. Климактерический синдром: клинические симптомокомплексы 108. Показания к менопаузальной гормональной терапии</p>

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1. В. ОД.1.1</b> «Сахарный диабет у пациентов пожилого и старческого возраста»</p>	<p>1. Назовите ключевой механизм действия глинидов (меглитинидов)?  а. <b>Стимуляция секреции эндогенного инсулина</b>  б. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина  в. Снижение продукции глюкозы печенью, снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани</p>
--	---

	<p>г. Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью</p> <p>2. Какой механизм действия не характерен для ингибиторов ДПП-4 (глиптинов)?</p> <p>а. <b><u>Снижение реабсорбции глюкозы в почках</u></b></p> <p>б. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина</p> <p>в. Глюкозозависимое подавление секреции глюкагона</p> <p>г. Снижение глюконеогенеза в печени</p> <p>3. Назовите ключевой механизм действия ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов)?</p> <p>а. <b><u>Снижение реабсорбции глюкозы в почках</u></b></p> <p>б. Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью</p> <p>в. Замедление опорожнения желудка, уменьшение потребления пищи</p> <p>г. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина</p> <p>4. Причиной гиперосмолярной комы может быть все перечисленное, кроме:</p> <p>а. <b><u>Передозировка инсулина</u></b></p> <p>б. Лихорадка, инфекционные заболевания</p> <p>в. Хирургические вмешательства, травмы</p> <p>г. Рвота, диарея, кровотечение, ожоги и др. состояния, способствующие дегидратации</p> <p>5. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:</p> <p>и. <b><u>В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы</u></b></p> <p>к. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара</p> <p>л. 4-5 таблеток глюкозы</p> <p>м. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)</p> <p>6. Клинические особенности течения СД у пожилых пациентов:</p> <p>а. <b><u>Часто бессимптомное течение (отсутствие специфических жалоб на полиурию, жажду, сухость во рту)</u></b></p> <p>б. <b><u>Нередко наличие микро- и макроангиопатий на момент выявления СД</u></b></p> <p>в. <b><u>Множественная коморбидная патология</u></b></p> <p>г. Дебютирует кетоацидозом</p> <p>7. Особенности лабораторных показателей у больных СД пожилого возраста</p> <p>а. Отсутствие гипергликемии натощак у ряда больных</p> <p>б. Частое преобладание изолированной постпрандиальной гипергликемии</p> <p>в. Повышение почечного порога для глюкозы с возрастом</p> <p>г. <b><u>Все перечисленное</u></b></p> <p>8. Цели лечения пожилых больных СД 2 типа зависят от:</p> <p>а. Ожидаемой продолжительности жизни больного</p> <p>б. Коморбидной патологии</p> <p>в. Сохранности когнитивных функций</p> <p>г. <b><u>Все перечисленное</u></b></p> <p>9. При недостаточности инсулина наблюдается: 1. гипергликемия; 2. увеличение образования кетоновых тел; 3. уменьшение синтеза гликогена; 4. усиление синтеза гликогена; 5. уменьшение образования кетоновых тел. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а. <b><u>правильны ответы 1, 2 и 3;</u></b></p> <p>б. правильны ответы 1 и 3;</p> <p>в. правильны ответы 2 и 4;</p> <p>г. правильный ответ 4;</p>
--	---

д. правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

10. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом:

- а. жирового гепатоза;**
- б. цирроза;
- в. сердечной недостаточности;
- г. диабетической нефропатии.

11. Нормальный базальный уровень глюкозы в крови (по чистой глюкозе) составляет:

- а. 8,3-10,1 ммоль/л;
- б. 6,2-9,3 ммоль/л;
- в. 2,7-5,5 ммоль/л;
- г. 3,8-6,7 ммоль/л;
- д. 3,3-5,5 ммоль/л.**

12. Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет:

- а. 8,43 ммоль/л;
- б. 7,22 ммоль/л;
- в. 9,6 ммоль/л;
- г. 10,1 ммоль/л;
- д. 7,8 ммоль/л.**

13. Сердечно-сосудистые нарушения при сахарном диабете характеризуются 1. брадикардией; 2. тахикардией; 3. зависимостью частоты пульса от ритма дыхания физических и эмоциональных нагрузок; 4. ортостатической артериальной гипотензией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. если правильны ответы 1 и 3;
- в. если правильны ответы 2 и 4;**
- г. если правильный ответ 4;
- д. если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

14. К инсулинам длительного действия относятся: 1. лантус; 2. протафан; 3. левемир; 4. хумалог.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.

15. Сахарный диабет у лиц пожилого и старческого возраста обусловлен:

- а. бактериальной инфекцией
- б. психоэмоциональными перегрузками
- в. абсолютным дефицитом инсулина
- г. снижением чувствительности тканей к инсулину**

16. Главным критерием эффективности рационального питания при СД в пожилом возрасте является:

- а. улучшение самочувствия больного**
- б. уменьшение массы тела больного с ожирением
- в. отсутствие гипергликемии и глюкозурии
- г. уменьшение полиурии

	<p>17. Особенности СД 2 типа в пожилом возрасте являются все, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. отсутствие жажды, нарушение памяти</li> <li><b>б. головокружение, отсутствие гипергликемии натощак</b></li> <li>в. трудности распознавания гипогликемических реакций, утомляемость</li> <li>г. прибавка в весе, гипергликемия натощак</li> </ul> <p>18. Гликозилированный гемоглобин характеризует уровень гликемии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. за последние 2-3 дня</li> <li>б. за последний 1 месяц</li> <li><b>в. за последние 3 месяца</b></li> <li>г. за последние 6 месяцев</li> </ul> <p>19. Тяжелое течение урогенитального синдрома в постменопаузе при СД 2 типа обусловлено:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. кетоацидозом;</li> <li>б. сахароснижающей терапией;</li> <li><b>в. диабетической висцеральной нейропатией;</b></li> <li>г. нарушением связочного аппарата уретры;</li> <li>д. антибактериальной терапией.</li> </ul>
<p><b>Б 1. В. ОД.1.2</b> «Патология щитовидной железы в пожилом и старческом возрасте»</p>	<p>20. Лабораторная находка, характерная для диффузного токсического зоба:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. Высокий титр антител к рецептору ТТГ</b></li> <li>б. Повышение концентрации ТТГ</li> <li>в. Стойкое повышение ТТГ, понижение Т3 и Т4</li> <li>г. Снижением концентрации общего и свободного Т3</li> </ul> <p>21. Стартовая доза тиамазола при лечении диффузного токсического зоба:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. 30-40 мг</b></li> <li>б. 10 мг</li> <li>в. 5 мг</li> <li>г. 2.5 мг</li> </ul> <p>22. Целевой уровень ТТГ при проведении супрессивной терапии препаратами тиреоидных гормонов?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. 0,1-0,5 мкМЕ/мл</b></li> <li>б. 0,5-2,0 мкМЕ/мл</li> <li>в. Менее 4,0 мкМЕ/мл</li> <li>г. Менее 0,1 мкМЕ/мл</li> </ul> <p>23. Из перечисленных симптомов для диффузного токсического зоба у пожилых характерны: 1. похудание; 2. постоянное сердцебиение; 3. мерцательная аритмия; 4. мышечная слабость. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. правильны ответы 1, 2 и 3;</li> <li>б. правильны ответы 1 и 3;</li> <li>в. правильны ответы 2 и 4;</li> <li>г. правильный ответ 4;</li> <li><b>д. правильны ответы 2, 3 и 4.</b></li> </ul> <p>24. Тиреотоксическая аденома характеризуется: 1. наличием узлового зоба; 2. эндокринной офтальмопатией; 3. снижением уровня ТТГ; 4. сочетанием с миастенией; 5. высоким уровнем тиреотропного гормона (ТТГ). Выберите правильный ответ по схеме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. правильны ответы 1, 2 и 3;</b></li> <li>б. правильны ответы 1 и 3;</li> <li>в. правильны ответы 2 и 4;</li> <li>г. правильный ответ 4;</li> <li>д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4 и 5.</li> </ul> <p>25. Для гипотиреоза пожилых характерно: 1. сухость кожных покровов; 2.</p>

склонность к запорам; 3. Снижение памяти; 4. анемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

26. Для лечения гипотиреоза применяют: 1. лево-тироксин; 2. трийодтиронин; 3. калия йодид; 4. мерказолил.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 2;**
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

27. Особенности течения токсического зоба у пожилых является все перечисленное, кроме:

- а. значительных изменений сердечно-сосудистой системы
- б. частого развития мерцательной аритмии
- в. частого развития недостаточности кровообращения
- г. тремора рук, нередко крупного
- д. редкого наличия апатического тиреотоксикоза**

28. Для тиреотоксической аденомы в отличие от диффузного токсического зоба характерно все перечисленное, кроме:

- а. наличия "горячего" узла при сканировании при уменьшенном поглощении  $^{131}\text{I}$  окружающей тканью
- б. отсутствия тиреоидстимулирующих антител**
- в. наличия тиреоидстимулирующих антител
- г. наличия узла при пальпации или сканировании
- д. тахикардии

29. Этиологическими факторами тиреотоксической аденомы является все перечисленное, кроме:

- а. йодной недостаточности
- б. наследственных факторов
- в. лучевой радиации
- г. аутоиммунных факторов
- д. местных расстройств нервной регуляции щитовидной железы**

30. Особенностью функциональной активности тиреотоксической аденомы является:

- а. секреция тироксина автономна, не зависит от секреции ТТГ
- б. секреция тироксина зависит от секреции ТТГ
- в. секреция трийодтиронина зависит от секреции ТТГ
- г. аденома, не подавляющая продукцию ТТГ
- д. снижение функции остальной ткани щитовидной железы не происходит**

31. Гормональные исследования при тиреотоксической аденоме характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а. значительного повышения уровня Т3 в сыворотке крови
- б. умеренно повышенного уровня Т4 в сыворотке крови
- в. нормального уровня Т4 в сыворотке крови
- г. снижения уровня Т3 в сыворотке крови**

32. Непосредственными причинами смерти больных от тиреотоксической аденомы при поздней диагностике и несвоевременной терапии являются все перечисленные случаи, кроме:

- а. сердечно-сосудистой недостаточности



- б. тиреотоксического криза
- в. тиреотоксического поражения печени
- г. тромбоэмболических осложнений
- д. остро́го психоза**

33. Сердечно-сосудистые нарушения при гипотиреозе характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а. брадикардии
- б. расширения границ сердца
- в. увеличения минутного и систолического объема крови**
- г. снижения артериального давления
- д. развития атеросклероза, ИБС

34. К признакам диффузного токсического зоба у пожилых относится:

- а. повышение продукции тиреоидных гормонов;
- б. диффузное увеличение щитовидной железы;
- в. быстрое развитие недостаточности кровообращения;**
- г. устойчивая брадикардия;
- д. эндокринная офтальмопатия.

35. К заболеваниям "маскам" первичного гипотиреоза относятся: 1. полиартрит; 2. миокардит; 3. гипокинезия толстой кишки; 4. панкреатит; 5. почечнокаменная болезнь.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. если правильны ответы 1 и 3;**
- в. если правильны ответы 2 и 4;
- г. если правильный ответ 4;
- д. если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

36. Распространенность амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза в России составляет

- а. 3%
- б. 5,8%
- в. 5,8-15,8%**
- г. 12,5%

37. Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз чаще встречается

- а. старше 70 лет
- б. 60-65 лет**
- в. у женщин
- г. у мужчин**

38. Отличительными признаками амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 1-го от 2-го типа являются:

- а. предшествующей патологии щитовидной железы нет
- б. характерна спонтанная ремиссия
- в. обнаруживаются антитела к рецептору ТТГ**
- г. препараты первой линии глюкокортикоиды
- г. препараты первой линии тиреостатики**

<p><b>Б 1. В. ОД.1.3</b> «Изменения половых органов в пожилом возрасте»</p>	<p>39. Климактерический период характеризуется: 1. вегетативно-сосудистыми нарушениями; 2. кожными высыпаниями; 3. нейропсихическими расстройствами; 4. диспепсическими расстройствами. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а. правильны ответы 1, 2 и 3;  <b>б. правильны ответы 1 и 3;</b>  в. правильны ответы 2 и 4;  г. правильный ответ 4;  д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</p> <p>40. Климактерический период может сопровождаться: 1. приливами; 2. болью в сердце; 3. чувством нехватки воздуха; 4. диэнцефальными кризами. Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>а. правильны ответы 1, 2 и 3;  б. правильны ответы 1 и 3;  в. правильны ответы 2 и 4;  г. правильный ответ 4;  <b>д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</b></p> <p>41. При первичном снижении выделения тестостерона тестикулами отмечается</p> <p>а. увеличение уровня лютеинизирующего гормона  б. уровень лютеинизирующего гормона не меняется  в. снижение уровня лютеинизирующего гормона  <b>г. увеличение фолликулостимулирующего гормона</b>  д. снижение фолликулостимулирующего гормона</p> <p>42. Главным эстрогенным гормоном в постменопаузе является:</p> <p>а. тестостерон;  б. эстрон;  в. эстрадиол;  <b>г. эстриол;</b>  д. альдостерон.</p> <p>43. Урогенитальный синдром выявляется у:</p> <p>а. 20% женщин старше 70 лет;  б. 40% женщин старше 70 лет;  <b>в. 60% женщин старше 70 лет;</b>  г. 80% женщин старше 70 лет;  д. 100% женщин старше 70 лет.</p> <p>44. Гормональным критерием наступления менопаузы является:</p> <p>а. повышение уровня эстриола;  б. снижение уровня эстрадиола;  в. повышение уровня тестостерона;  <b>г. повышение уровня ФСГ;</b>  д. снижение уровня гемоглобина.</p> <p>45. Снижение уровня половых гормонов у мужчин начинается в возрасте:</p> <p><b>а. 30-40 лет;</b>  б. 40-50 лет;  в. 50-60 лет;  г. 60-70 лет;  д. старше 70 лет.</p>
---	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 15. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 - 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 - 90% <b>Хорошо (4)</b> - 91-100% <b>Отлично (5)</b>	% выполнения задания  61 – 75  76 – 90  91 – 100
---	--

### 16. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### 17. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Эндокринология»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК 1	1,2,3,4,5,20, 21,22	1-13	1-14	

	<b>3</b>	1,2,3,6,7,9,10,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,23,24,25,26,27,28,29,30-33,35-44	1,2,4,5,6,8,10,11	1,2,3,4,5,8,9,11	
<b>ОПК</b>	<b>4</b>	4,6,7,10,11,13,18,20,23,25,27,28,31,32,33,35,37,38,39,40,41	1,3,6,7,8,10,12	1,5,6,7,8,9,10,11,13	1-15
	<b>5</b>	1,2,3,5,8,9,14,16,17,21,22,26,32	2,3,4,5,9,11,13	2,3,8,12,14	
	<b>6</b>	16	6	4	

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ  
ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»**

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа**

**Формы контроля – рефераты, дискуссия**

<b>Код в ОПОП</b>	<b>Модуль ОПОП</b>	<b>Объем СР</b>
<i><b>Б 1. В. ОД.1.1</b></i>	«Сахарный диабет у пациентов пожилого и старческого возраста»	12
<i><b>Б 1. В. ОД.1.2</b></i>	«Патология щитовидной железы в пожилом и старческом возрасте»	8
<i><b>Б 1. В. ОД.1.3</b></i>	«Изменения половых органов в пожилом возрасте»	4

**Вопросы и задания для самоконтроля:**

<i><b>Б 1. В. ОД.1.1</b></i> «Сахарный диабет у пациентов пожилого и старческого возраста»	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Программа контроля осложнений СД (DCCT) и ее практическое значение</li> <li>5. Организация, проведение и обучение пожилых пациентов с СД 2 типа методике самоконтроля гликемии.</li> <li>6. Диабетическая нефропатия: диагностика, мониторинг, синдромальная терапия.</li> <li>7. Синдром диабетической стопы у пожилых: практические вопросы диагностики и лечения.</li> <li>8. Методика проведения орального глюкозотолерантного теста.</li> </ol>
<i><b>Б 1. В. ОД.1.2</b></i> «Патология щитовидной железы в пожилом и старческом возрасте»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Показания к хирургическому лечению заболеваний щитовидной железы.</li> <li>2. Амiodарон-индуцированные тиреопатии</li> <li>3. Синдром резистентности к тиреоидным гормонам</li> </ol>

**Темы рефератов**

<i><b>Б 1. В. ОД.1.1</b></i> «Сахарный диабет у пациентов пожилого и старческого возраста»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Особенности выбора сахароснижающей терапии у пациентов пожилого возраста с ХСН и СД 2 типа</li> <li>2. Оценочные шкалы в диагностике диабетической полинейропатии</li> <li>3. Особенности лечения СД у пожилых пациентов</li> </ol>
---	---

<p><b>Б 1. В. ОД.1.2</b> «Патология щитовидной железы в пожилом и старческом возрасте»</p>	<p>4. Биопсия щитовидной железы 5. Возрастной андрогенный дефицит</p>
--	---

### Критерии и шкала оценивания

#### 4. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Новизна реферированного текста
<b>Удовлетворительно (3)</b>	2. Степень раскрытия сущности проблемы
- четырем критериям	3. Обоснованность выбора источников
<b>Хорошо (4)</b>	4. Соблюдение требований к оформлению
- пяти критериям	5. Грамотность
<b>Отлично (5)</b>	

#### 5. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
<b>Удовлетворительно (3)</b>	2. Аргументированность
- четырем критериям	3. Соблюдение культуры речи
<b>Хорошо (4)</b>	4. Собственная позиция
- пяти критериям	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
<b>Отлично (5)</b>	

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1. В. ОД.2</b> <b>«Неврология»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Геморрагический церебральный инсульт. Клиника, неотложная помощь.</li> <li>2. Ишемический церебральный инсульт: факторы риска, клиника заболевания, лечение.</li> <li>3. Инструментальная диагностика ишемического инсульта</li> <li>4. Методы оценки когнитивного статуса пациента позднего возраста</li> <li>5. Лечение болезни Альцгеймера</li> <li>6. Методы оценки эмоционального статуса пациента пожилого возраста.</li> <li>7. Дифференциальная диагностика сосудистой деменции и болезни Альцгеймера.</li> </ol>
--	---

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1. В.ОД.2</b> <b>«Неврология»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Клиника заболевания, неотложная терапия</li><li>2. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения: клиника, дифференциальная диагностика.</li><li>3. Синдром паркинсонизма: дифференциальная диагностика</li><li>4. Делирий у пациентов позднего возраста: факторы риска, клиника, неотложная терапия.</li><li>5. Применение антипсихотических препаратов у пациентов позднего возраста: показания, противопоказания.</li><li>6. Депрессия у пациента пожилого возраста: возможности современной терапии.</li><li>7. Боль в спине: дифференциальный диагноз, лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника в пожилом и старческом возрасте</li><li>8. Методы реабилитации пожилых пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника</li><li>9. Эссенциальный тремор у пожилого пациента: лечение, средства реабилитации.</li></ol>
---	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1. В.ОД.2</b> <b>«Неврология»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль все перечисленные факторы, кроме<ol style="list-style-type: none"><li>а) стеноза магистральных сосудов на шее</li><li>б) снижения перфузионного давления</li><li>в) снижения эластичности эритроцитов</li><li>г) снижения активности свертывающей системы.</li></ol></li><li>2. При нейропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны:<ol style="list-style-type: none"><li>а) антидепрессанты</li><li>б) антиконвульсанты</li><li>в) нестероидные противовоспалительные средства</li><li>г) симпатолитики</li><li>д) <b>верно а) и б)</b></li><li>е) ничего из перечисленного</li></ol></li><li>3. Основные принципы реабилитационных мероприятий:<ol style="list-style-type: none"><li>а) ранее начало</li><li>б) систематичность и длительность</li><li>в) комплексность</li><li>г) поэтапность.</li><li>д) <b>все перечисленное</b></li></ol></li><li>4. При поражении спинномозговых нервов наиболее часто наблюдается:<ol style="list-style-type: none"><li>а) невралгия</li><li>б) радикулиты, радикулоневриты и плекситы</li><li>в) мононевриты</li></ol></li></ol>
---	--

**г) дистальная полинейропатия**

д) проксимальная амиотрофия

5. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:

а) кортикоспинальных;

**б) кортиконуклеарных;**

в) лобно-мостно-мозжечковых;

г) руброспинальных;

д) цилиоспинальный.

6. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:

а) Бабинского;

б) Оппенгейма;

**в) Россолимо;**

г) Гордона;

д) Чеддока.

7. Сенсорная афазия возникает при поражении:

**а) верхней височной извилины;**

б) средней височной извилины;

в) верхнетеменной дольки;

г) нижней теменной дольки;

д) язычной извилины теменной доли.

8. Седалищный нерв составляет волокна корешков:

а) S1-S2;

**б) L5-S3;**

в) S2-S3;

г) L5-S5;

д) L5-S1.

9. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:

а) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу;

б) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами;

в) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи;

**г) спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов.**

10. Для компрессии корешка С 7 характерны:

**а) боли и парестезии в области третьего пальца кисти;**

б) боли и парестезии в области первого пальца кисти;

в) выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча;

г) боли в области 5 пальца кисти;

д) снижение карпо-радиального рефлекса.

11. Синдром компрессии корешка L5 проявляется:

а) болью по внутренней поверхности голени и бедра;



- б) слабостью разгибателей I пальца стопы;**
- в) снижением ахиллова рефлекса;
- г) положительным симптомом Бабинского;
- д) положительным симптомом Россолимо.

12. Типичные бредовые синдромы включают такие симптомы, как:

- а) депрессия;
- б) растерянность;
- в) систематизированный бред;**
- г) нарушение сна;
- д) галлюцинации.

13. Атипичные бредовые синдромы представлены:

- а) ровным настроением;
- б) депрессивным аффектом;
- в) отсутствием аффективной напряженности;**
- г) бредовым поведением;
- д) расстройствами сна.

14. Типичные депрессивные синдромы представлены такими симптомами, как:

- а) нарушение поведения;
- б) депрессивная триада;
- в) расстройство ассоциативного процесса;**
- г) подозрительность;
- д) аффективная напряженность.

15. Сенильная деменция - это:

- а) функциональное заболевание головного мозга;
- б) сосудистое заболевание головного мозга;**
- в) неврозоподобное расстройство;
- г) органическое заболевание головного мозга;
- д) аффективная патология.

16. Сенильную деменцию следует дифференцировать с такими заболеваниями, как:

- а) сосудистые заболевания головного мозга;
- б) болезнь Альцгеймера;**
- в) инволюционный паранойд;
- г) инволюционная меланхолия;
- д) шизофрения.

17. Болезнь Альцгеймера - это:

- а) самостоятельная нозологическая форма;**
- б) вариант старческой деменции;
- в) проявление последствий травм головного мозга;
- г) вариант сосудистого поражения головного мозга;
- д) эндогенное заболевание.

18. Болезнь Альцгеймера имеет наиболее типичный симптом:

- а) аффективные расстройства;
- б) нарушение памяти;**

	<p>в) расстройства сна; г) расстройства поведения; д) навязчивость.</p> <p>19. В далеко зашедших случаях болезни Альцгеймера расстраивается: а) память; б) эмоции; в) поведение; <b>г) праксис;</b> д) сон.</p> <p>20. Суицидоопасные состояния могут наблюдаться при следующих заболеваниях: 1. психогенная депрессия; 2. шизофрения; 3. алкогольная депрессия; 4. старческая деменция; 5. болезнь Альцгеймера. Выберете один или несколько правильных ответов по схеме: <b>а) правильные ответы: 1, 2, 3;</b> б) правильные ответы: 1, 3; в) правильные ответы: 2, 4; г) правильный ответ: 4; д) правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5.</p> <p>21. Изменения личности в процессе старения включают: 1. заострение свойственных человеку личностных черт; 2. усиление интравертированности; 3. выявление полярных черт характера; 4. консерватизм взглядов; 5. эмоциональное оскудение. Выберете один или несколько правильных ответов по схеме: а) правильные ответы: 1, 2, 3; б) правильные ответы: 1, 3; в) правильные ответы: 2, 4; г) правильный ответ: 4; <b>д) правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5.</b></p>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 18. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 - 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75
- 76 - 90% <b>Хорошо (4)</b>	76– 90
- 91 - 100% <b>Отлично (5)</b>	91 – 100

#### 19. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	--

## 20. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Неврология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
<b>УК</b>	<b>1</b>	1-21	1-9	1-7
	<b>3</b>	1-21		
<b>ОПК</b>	<b>8</b>	1,2,4-21	1,2,3,4,5,6,7,9	1-7
	<b>4</b>	5- 14,16,18,19,20,21	1,2,3,4,7	1,2,3,4,6,7
	<b>5</b>	2	1,4,5,6,7,8,9	1,2,5
	<b>6</b>	3	4,6,7,8,9	5

## 12. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1. В.ОД.2.1</i>	<i>Раздел 1 «Когнитивные нарушения позднего возраста»</i>	8
<i>Б 1. В.ОД.2.2</i>	<i>Раздел 2 «Острое нарушение мозгового кровообращения»</i>	6
<i>Б 1. В.ОД.2.3</i>	<i>Раздел 3 «Двигательные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста»</i>	6
<i>Б 1. В.ОД.2.4</i>	<i>Раздел 4 «Заболевания периферической нервной системы»</i>	4

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1. В.ОД.2.1 «Когнитивные нарушения позднего возраста»</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недементные когнитивные нарушения у пожилых.</li> <li>2. Возможности нейровизуализирующих методов исследования в дифференциальной диагностике различных заболеваний, приводящих к деменции у пациентов позднего возраста.</li> <li>3. Клинические тесты для оценки когнитивного статуса и эмоционального состояния пожилого больного.</li> <li>4. Методики когнитивного тренинга и когнитивной реабилитации.</li> <li>5. Гигиена сна в пожилом возрасте.</li> <li>6. Клиническая фармакология антипсихотиков и антидепрессантов в пожилом возрасте.</li> <li>7. Современная фармакотерапия деменции.</li> </ol>
<i>Б 1. В.ОД.2.2 «Острое нарушение мозгового кровообращения»</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Атеротромботический ишемический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</li> <li>9. Кардиоэмболический ишемический инсульт. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</li> <li>10. Принципы терапии острых нарушений мозгового кровообращения (базисная и дифференцированная терапия). Организация помощи больным инсультом.</li> <li>11. Дифференциальный диагноз между ишемическим и геморрагическим инсультами.</li> <li>12. Дифференциальный диагноз между геморрагическим инсультом и коматозными состояниями при сахарном диабете (гипергликемическая, гипогликемическая комы).</li> </ol>
<i>Б 1. В.ОД.2.3 «Двигательные расстройства у пациентов пожилого и старческого»</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Эссенциальный тремор. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>14. Болезнь Паркинсона. Клиника, диагностика, лечение, возможности реабилитации.</li> </ol>

<b>возраста»</b>	
<b>Б 1. В.ОД.2.4 «Заболевания периферической нервной системы»</b>	<p>15. Мышечно-тонические синдромы при остеохондрозе позвоночника и миофасциальные синдромы. Патогенез, клиника, лечение.</p> <p>16. Вертеброгенные болевые синдромы на шейном уровне. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>17. Синдромы спинальной компрессии при дегенеративном заболевании шейного отдела позвоночника. Клиника, диагностика, лечение. Показание к оперативному лечению в пожилом возрасте.</p> <p>18. Синдром корешковой компрессии при дегенеративном заболевании пояснично-крестцового отдела позвоночника. Клиника, диагностика, лечение. Показание к оперативному лечению в пожилом возрасте.</p> <p>19. Синдром компрессии конского хвоста при дегенеративном заболевании позвоночника. Клиника, диагностика, лечение.</p>

### Темы рефератов

<b>Б 1. В.ОД.2 «Неврология»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Система оказания медицинской помощи больным с инсультом</li> <li>2. Терапия инсульта: методы реперфузии, первичной и вторичной нейропротекции, регенераторно-репаративной терапии.</li> <li>3. Особенности мозгового кровообращения и срыв ауторегуляции мозгового кровообращения при артериальной гипертензии и гипертонических кризах.</li> <li>4. Преходящее нарушение мозгового кровообращения и «малый инсульт»: понятия, клиника, дифференциальная диагностика, особенности в позднем возрасте, терапия, реабилитация.</li> <li>5. Дорсалгия: основные причины, соматические и неврологические заболевания, проявляющиеся болью в спине, методы обследования и лечения в позднем возрасте, реабилитация.</li> <li>6. Болезнь Пика: патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, подходы к терапии.</li> </ol>
-------------------------------------	--

### Критерии и шкала оценивания

#### 6. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	5. Грамотность
- пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	

#### 7. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Полнота знания учебного материала по теме занятия</li> <li>2. Аргументированность</li> </ol>

<b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям	3. Соблюдение культуры речи
<b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям	4. Собственная позиция
<b>Отлично (5)</b>	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «РЕВМАТОЛОГИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б 1. В.ОД.3</b> <b>«Ревматология»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Клиническая фармакология болезнь-модифицирующих препаратов для лечения остеоартроза.</li> <li>9. Клиническая фармакология НПВП: рациональное применение у пожилых пациентов. Депрескрайбинг НПВП</li> <li>10. Клиника, диагностика и принципы лечения микрокристаллических артритов.</li> <li>11. Клиника, диагностика и принципы лечения остеоартроза</li> <li>12. Этиология, патогенез, клиника, диагностика остеопороза</li> <li>13. Медикаментозная терапия остеопороза: показания, препараты, мониторинг эффективности и безопасности.</li> <li>14. ЛФК, физиотерапия, бальнеотерапия, лазеролечение, ортезирование, эрготерапия, кинезиотейпирование, типичных суставных деформаций при заболеваниях позвоночника.</li> <li>15. Особенности медицинской реабилитации при остеопеническом синдроме.</li> <li>16. ЛФК при остеопеническом синдроме.</li> <li>17. Мероприятия по снижению риска остеопоротических переломов: организация окружающей среды, обучение больных, ортопедическая поддержка больных с остеопорозом.</li> <li>18. Определение реабилитационного прогноза для больных с заболеваниями суставов.</li> <li>19. Послеоперационное ведение больных с остеоартритом: место реабилитационных программ.</li> </ol>
---	--

### Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<b>Б 1. В.ОД.3</b> <b>«Ревматология»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Профилактика и консервативное ортопедическое лечение типичных суставных деформаций при остеоартрите.</li> <li>2. Задачи консервативной ревмоортопедии при остеоартрите</li> <li>3. Консервативное ортопедическое лечение бурсита в области I плюснефалангового сустава.</li> <li>4. Консервативное ортопедическое лечение энтезопатии подошвенного апоневроза, пяточной шпоры, подпяточного бурсита.</li> <li>5. Консервативное ортопедическое лечение заболеваний позвоночника.</li> <li>6. Ортезирование пожилых пациентов в системе долговременного ухода.</li> </ol>
---	--

	<p>7. Показания к эндопротезированию тазобедренного сустава при остеоартрите в пожилом возрасте</p> <p>8. Тотальное эндопротезирование коленного сустава: показания, противопоказания в пожилом возрасте, роль гериатра в послеоперационной программе реабилитации.</p> <p>9. ЛФК, физиотерапия, бальнеотерапия, лазеролечение, ортезирование, эрготерапия, кинезиотейпирование типичных суставных деформаций при бурсите в области I плюснефалангового сустава, энтезопатии подошвенного апоневроза, пяточной шпоры, подпяточного бурсита.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1. В.ОД.3</b> <b>«Ревматология»</b></p>	<p>1. Гиперурикемия может возникать при приеме всех препаратов, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. циклоспорин А</li> <li>2. <b>низкие дозы аспирина</b></li> <li>3. высокие дозы аспирина</li> <li>4. фуросемид</li> </ol> <p>2. Для купирования острого приступа подагры применяют:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. колхицин</li> <li>2. ГКС системно</li> <li>3. НПВП</li> <li>4. <b>верно все перечисленное</b></li> </ol> <p>3. Укажите, какое заболевание наиболее часто приводит к развитию вторичной подагры:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пернициозная анемия</li> <li>2. хронический миелолейкоз</li> <li>3. <b>хроническая болезнь почек</b></li> <li>4. эритремия</li> </ol> <p>4. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>гигантоклеточный артериит</b></li> <li>2. геморрагический васкулит</li> <li>3. узелковый периартериит</li> <li>4. микроскопический полиангиит</li> </ol> <p>5. К урикозурическим средствам относятся все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>аллопуринол</b></li> <li>2. сульфипиразон</li> <li>3. бензбромарон</li> </ol>
---	---

6. Какая форма поражения почек развивается у больных с гиперурикемией раньше и чаще всего:

1. **мочекаменная болезнь**
2. интерстициальный нефрит
3. нефросклероз

7. В каком из пищевых продуктов содержание кальция наибольшее?

1. мясо
2. **молочные продукты**
3. крупы
4. курага

8. Какие заболевания часто ассоциируются с подагрой:

1. ИБС
2. артериальная гипертензия
3. гиперлипидемия
4. ожирение
5. **все перечисленное**

9. Какие лабораторные показатели присущи остеоартриту?

1. анемия
2. лейкоцитоз
3. **нормальные показатели крови**
4. тромбоцитопения

10. Укажите концентрацию мочевой кислоты в сыворотке крови, при которой диагностируется гиперурикемия у мужчин:

1. более 0,460 ммоль/л
2. более 0,420 ммоль/л
3. более 0,400 ммоль/л
4. **более 0,360 ммоль/л**

11. Укажите, какова нормальная суточная экскреция уратов с мочой при обычном питании:

1. **600-900 мг (3,6-5,4 ммоль)**
2. 300-600 мг (1,8-3,6 ммоль)
3. 900-1100 мг (5,4-6,6 ммоль)

12. К причинам замедленного выведения мочевой кислоты почками относятся:

1. хроническая болезнь почек
2. прием диуретиков



3. обезвоживание
4. **все из перечисленного**
5. ничего из перечисленного

13. Какие изменения лабораторных показателей характерны для острого приступа подагры:

1. **лейкоцитоз**
2. **повышение С-реактивного белка**
3. лейкопения
4. **повышение СОЭ**

14. Укажите побочные эффекты колхицина:

1. диарея
2. миелосупрессия
3. нарушение функции печени
4. отеки
5. депрессия
6. сердцебиение

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5, 6
2. верно 1, 2, 3, 4, 6
3. **верно 1, 2, 3, 5**
4. верно 1, 2, 4, 5, 6
5. всё перечисленное верно
6. всё перечисленное не верно

15. Какие пищевые продукты содержат наибольшее количество мочевой кислоты и пуринов:

1. мясо птицы
2. бобовые
3. говядина, свинина, телятина
4. куриные яйца
5. шпроты, сардины
6. картофель
7. молоко и молочные продукты

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5, 6, 7
2. верно 1, 2, 3, 4, 6, 7
3. **верно 1, 2, 3, 5**
4. верно 1, 2, 4, 5, 6, 7
5. всё перечисленное верно
6. всё перечисленное не верно

16. Скорость выведения мочевой кислоты при почечной форме гиперурикемии:

1. **снижена**
2. нормальная
3. повышена

17. Укажите, какую реакцию имеет моча у пациентов с уратным нефролитиазом:

1. слабокислую
2. **кислую**
3. щелочную

18. Выберите характерные для подагрического артрита рентгенологические признаки:

1. округлые с четкими контурами дефекты в эпифизах
2. субкортикальные кисты
3. эрозирование суставных поверхностей
4. уплотнение мягких околосуставных тканей

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4
2. **верно 1, 3, 4**
3. верно 1, 2, 3
4. верно 1, 2, 4
5. всё перечисленное верно
6. всё перечисленное не верно

19. Препаратом, повышающим почечную экскрецию уратов, является:

1. кандесартан
2. ирбесартан
3. **лозартан**
4. телмисартан
5. каптоприл

20. Укажите факторы, приводящие к развитию остеоартрита:

1. эндокринные нарушения
2. функциональная перегрузка с микротравматизацией
3. микрокристаллические артриты
4. наследственное снижение хряща к обычным нагрузкам
5. повторные кровоизлияния в сустав
6. асептический некроз

Варианты ответов:

1. правильны ответы 1, 2, 3, 6
2. правильны ответы 1 и 3, 6
3. **правильны ответы 2 и 4**
4. правильный ответ 4
5. правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5, 6

21. Развитие «блокады» коленного сустава связано:

1. с травмой менисков
2. со скоплением жидкости в заворотах сустава
3. с разрывом крестообразных связок

4. с наличием свободного внутрисуставного тела
5. с наличием крупных остеофитов

22. Типичные боли механического типа при остеоартрите:

1. стихают в покое
2. усиливаются после нагрузки
3. уменьшаются после нагрузки
4. возникают при первых движениях (стартовые боли)

Варианты ответов

1. **правильны ответы 1, 2**
2. правильны ответы 1 и 3
3. правильны ответы 2 и 4
4. правильный ответ 4
5. правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5

23. Факторами, способствующими прогрессированию остеоартрита коленного сустава являются:

1. ожирение
2. продольное и поперечное плоскостопие
3. повторные травмы
4. слабость четырехглавой мышцы бедра
5. вальгусная и варусная деформации коленного сустава
6. хроническая артериальная недостаточность

Варианты ответов:

1. правильны ответы 1, 2, 3, 6
2. **правильны ответы 1, 3, 4, 5**
3. правильны ответы 2 и 4
4. правильный ответ 4, 6
5. правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5, 6

24. Узелки Бушара – это костные утолщения:

1. пястнофаланговых суставов
2. дистальных межфаланговых суставов кисти
3. плюснефаланговых суставов
4. **проксимальных межфаланговых суставов кисти**
5. проксимальных межфаланговых суставов стопы

25. Киста Бейкера – это:

1. околоуставное кистовидное просветление костной ткани на рентгенограммах
2. скопление воспалительной жидкости в полости сустава
3. **скопление жидкости в заднем завороте коленного сустава**  
скопление жидкости в препателлярной бурсе
4. скопление жидкости в заднем завороте плечевого сустава

26. Назовите наиболее типичные для остеоартрита рентгенологические признаки:

1. сужение суставной щели
2. околосуставной остеопороз
3. краевые остеофиты
4. уплотнение замыкательных пластин (субхондральный остеосклероз)
5. подвывихи суставов

Варианты ответов:

1. **правильны ответы 1, 3, 4**
2. правильны ответы 1 и 3
3. правильны ответы 2 и 4
4. правильный ответ 4
5. правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5

27. В случае резкого ограничения функции сустава и выраженных рентгенологических изменениях при остеоартрите предпочтение следует отдать:

1. НПВП
2. внутрисуставному введению кортикостероидов
3. хондропротекторам
4. **ортопедическим методам**

28. Какие виды движения ограничиваются в тазобедренном суставе в первую очередь при остеоартрите:

1. разгибание
2. отведение
3. приведение
4. сгибание
5. **внутренняя ротация**
6. наружная ротация

29. Маркерными переломами при постменопаузальном остеопорозе являются:

1. перелом шейки бедра
2. перелом Коллеса
3. перелом тела позвонка
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3
6. **верно 2 и 3**

30. Паратгормон приводит к:

1. стимуляции резорбции костной ткани
2. подавлению резорбции костной ткани
3. увеличению реабсорбции кальция в канальцах
4. снижению реабсорбции кальция в канальцах
5. стимуляции образования 1,25-дигидроксиолекальциферола

Варианты ответов

1. верно 1, 2, 3, 4
2. верно 1, 2, 3, 5
3. верно 1, 2, 4, 5

4. **верно 1, 3, 5**
5. верно 2, 3, 4, 5
6. всё перечисленное верно

31. Активный витамин D:

1. **образуется в коже из 7-дегидрохолестерина под влиянием ультрафиолетового излучения**
2. образуется в кишечнике из эргостерина
3. образуется после 25-гидроксилирования в печени
4. образуется после 25-гидроксилирования в почках
5. образуется после последовательного 25-гидроксилирования в печени и 1-гидроксилирования в почках

32. Эффектами глюкокортикостероидов являются:

1. подавление синтеза витамина D и его клеточных рецепторов
2. снижение кишечной абсорбции кальция
3. увеличение почечной экскреции кальция
4. стимуляция синтеза паратгормона (за счёт снижения кальция плазмы)
5. усиление, в физиологических концентрациях, связывания ИПФР I с соответствующими рецепторами

Варианты ответов:

1. верно 1, 2, 5
2. верно 1, 2, 3, 5
3. верно 4
4. верно 1, 3, 4, 5
5. верно 2, 3, 4, 5
6. **всё перечисленное верно**

33. Дефицит эстрогенов приводит к:

1. подавлению костной резорбции
2. повышению продукции провоспалительных цитокинов, включая RANKL
3. снижению продукции трансформирующего фактора роста-α
4. снижению продукции остеопротегерина
5. увеличению пула преостеокластов

Варианты ответов

1. верно 1, 2, 5
2. верно 1, 2, 3, 5
3. верно 4
4. верно 1, 3, 4, 5
5. **верно 2, 3, 4, 5**
6. всё перечисленное верно

34. Прочность кости определяется:

1. минеральной плотностью костной ткани
2. качеством костной ткани
3. **верно 1 и 2**
4. оба положения не верны

35. Постменопаузальный остеопороз:

1. по классификации является остеопорозом I типа
2. по классификации является остеопорозом II типа
3. приводит к потере костной ткани преимущественно в кортикальной кости
4. приводит к возникновению переломов шейки бедра
5. приводит к потере костной ткани преимущественно в трабекулярной кости

Варианты ответов:

1. **верно 1, 5**
2. верно 1, 2, 3, 5
3. верно 4
4. верно 1, 3, 4, 5
5. верно 2, 3, 4, 5
6. всё перечисленное верно

36. Сенильный остеопороз:

1. по классификации является остеопорозом I типа
2. по классификации является остеопорозом II типа
3. одним из механизмов его развития является нарушение метаболизма витамина D и вторичный гиперпаратиреоз
4. приводит к возникновению переломов преимущественно тел позвонков
5. приводит к потере костной ткани преимущественно в трабекулярной кости

Варианты ответов:

1. верно 1, 5
2. верно 1, 2, 3, 5
3. верно 4
4. верно 1, 3, 4, 5
5. **верно 2, 3**
6. всё перечисленное верно

37. Стабилизацией процесса в характере течения остеопороза выставляется в случае:

1. **отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при  $\pm 2-3\%$  положительной динамике минеральной плотности костной ткани**
2. отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при отсутствии динамики минеральной плотности костной ткани
3. отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при более чем  $3\%$  отрицательной динамике минеральной плотности костной ткани
4. отсутствия новых переломов в течение минимум 3 месяцев и отсутствия динамики минеральной плотности костной ткани
5. отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при нормализации показателей минеральной плотности

костной ткани

38. Факторами риска остеопороза и переломов являются:

1. низкая физическая нагрузка или иммобилизация
2. принадлежность к европеоидной расе
3. принадлежность к негроидной расе
4. принадлежность к монголоидной расе
5. избыточная физическая нагрузка

Варианты ответов:

1. верно 1, 5
2. верно 1, 2, 3
3. верно 4
4. верно 3, 4, 5
5. **верно 1, 2, 4**
6. всё перечисленное верно

39. Продукты богатые кальцием:

1. кунжут
2. сыр
3. халва
4. сметана
5. консервированная в томатном соусе рыба

Варианты ответов:

1. верно 1, 4, 5
2. **верно 1, 2, 3, 5**
3. верно 1, 2, 4, 5
4. верно 1, 3, 4, 5
5. верно 1, 2, 3, 4
6. всё перечисленное верно

40. Максимальное количество витамина D из представленных продуктов содержится в:

1. 120 граммах сардин в масле
2. 1 стакане цельного молока
3. 20 граммах сливочного масла
4. 20 граммах маргарина
5. **120 граммах атлантической сельди**

41. Наиболее специфическими для остеопороза жалобами являются

1. **боли в костях и мышцах, боль в спине, усталость**
2. нарушение походки, координации движений
3. нарушение осанки
4. снижение роста более чем на 2 см в год и/или 4 см на протяжении жизни в период, охватывающий возраст с 25 лет до текущего момента
5. мышечная слабость, утомляемость.

42. При возникновении перелома при минимальной травме:

1. пациентов следует рассматривать как больных остеопорозом, даже если минеральная плотность кости не соответствуют критериям остеопороза
2. таким пациентам возможно выставить диагноз остеопороза клинически без денситометрического исследования
3. это позволяет начать лечение остеопороза без учёта данных о минеральной плотности кости у этих пациентов
4. этим пациентам следует немедленно выполнить DEXA для подтверждения диагноза остеопороза и начала соответствующего лечения
5. этим пациентам следует немедленно выполнить определение биохимических маркеров остеопороза для подтверждения диагноза остеопороза и начала соответствующего лечения

Варианты ответов:

1. верно 2, 4, 5
2. верно 1, 3, 5
3. **верно 1, 2, 3**
4. верно 1, 4, 5
5. верно 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

43. Биохимическими маркерами образования кости являются:

1. остеокальцин
2. костная щелочная фосфатаза
3. карбокситерминальный и аминотерминальный пропептиды
4. карбокситерминальный и аминотерминальный телопептиды коллагена
5. тартрат-резистентная кислая фосфатаза

Варианты ответов:

1. верно 2, 4, 5
2. верно 1, 3, 5
3. **верно 1, 2, 3**
4. верно 1, 4, 5
5. верно 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

44. Биохимическими маркерами костной резорбции, определяемыми в крови являются:

1. гидроксипиридинолин
2. пиридинолин
3. деоксипиридинолин
4. карбокситерминальный и аминотерминальный телопептиды коллагена
5. тартрат-резистентная кислая фосфатаза.



Варианты ответов:

1. верно 2, 4, 5
2. верно 1, 3, 5
3. верно 1, 2, 3
4. **верно 4, 5**
5. верно 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

45. Биохимическими маркерами костной резорбции, определяемыми в моче являются:

1. гидроксипиридинолин
2. пиридинолин
3. деоксипиридинолин
4. N- и C-телопептиды коллагена I типа
5. соотношение кальций/креатинин

Варианты ответов:

1. верно 2, 4, 5
2. верно 1, 3, 5
3. верно 1, 2, 3
4. верно 4, 5
5. верно 2, 3, 5
6. **всё перечисленное верно**

46. Биохимические маркеры остеопороза могут использоваться:

1. для подтверждения диагноза остеопороза
2. для предсказания риска переломов
3. для прогнозирования эффективности лечения
4. для увеличения приверженности пациентов к лечению
5. для оценки скорости костного метаболизма

Варианты ответов:

1. **верно 3, 4**
2. верно 1, 3, 5
3. верно 1, 2, 3
4. верно 4, 5
5. верно 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

47. Наиболее точно минеральная плотность костной ткани («костная масса») оценивается при использовании:

1. двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии
2. **количественной компьютерной томографии**
3. костной ультрасонографии
4. гистоморфометрии костной ткани
5. определения биохимических маркеров костного ремоделирования

48. Наиболее точно костный метаболизм оценивается при использовании:

1. двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии
2. количественной компьютерной томографии

3. костной ультрасонографии
4. **гистоморфометрии костной ткани**
5. определения биохимических маркеров костного ремоделирования

49. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия («рентгеновская денситометрия») позволяет оценить:

1. минеральную массу костной ткани
2. качество костной ткани
3. костный метаболизм
4. характеристики прочности кости

Варианты ответов:

1. верно 3, 4
2. верно 1, 3
3. верно 1, 2, 3
4. **верно 1, 4**
5. верно 2, 3
6. всё перечисленное верно

50. Костная компьютерная томография позволяет оценить:

1. минеральную массу костной ткани
2. качество костной ткани
3. костный метаболизм
4. характеристики прочности кости

Варианты ответов:

1. верно 3, 4
2. верно 1, 3
3. **верно 1, 2, 4**
4. верно 1, 4
5. верно 2, 3
6. всё перечисленное верно

51. В рентгенологической оценке степени деформации позвонков используется:

1. передне-задний индекс
2. средне-задний индекс
3. задне-задний индекс
4. оценка индексов по методу Дженанта
5. средне-передний индекс

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5
2. верно 1, 3, 4, 5
3. верно 1, 2, 4, 5
4. **верно 1, 2, 3, 4**
5. верно 1, 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

52. Критериями остеопороза по DEXA являются:

1. T-критерий до  $(-1) SD$
2. T-критерий от  $(-1) SD$  до  $(-2,5)SD$
3. **T-критерий меньше  $(-2,5) SD$**

4. Т-критерий менее  $(-2,5)SD$  в сочетании хотя бы с одним переломом
5. Т-критерий менее  $(-3,5)SD$

53. Т-критерий:

1. представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя пика костной массы молодых женщин
2. уменьшается при увеличении возраста обследуемых лиц
3. представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя для лиц аналогичного возраста
4. предпочтителен для использования у женщин в постменопаузе
5. предпочтителен для использования у мужчин старше 50 лет

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5
2. верно 1, 3, 4, 5
3. **верно 1, 2, 4, 5**
4. верно 1, 2, 3, 4
5. верно 1, 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

54. Показаниями для определения минеральной плотности кости являются:

1. перелом с минимальной травмой в анамнезе
2. болезнь Педжета
3. состояния/заболевания, приводящие к снижению костной массы
4. приём препаратов, снижающих массу кости
5. мониторинг эффективности лечения

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5
2. **верно 1, 3, 4, 5**
3. верно 1, 2, 4, 5
4. верно 1, 2, 3, 5
5. верно 1, 2, 3, 4
6. всё перечисленное верно

55. Оценка МПК у женщин в постменопаузальном периоде и у мужчин в возрасте 50 лет и старше:

1. **предпочтительнее использования Т-критерия**
2. предпочтительнее использования Z-критерия
3. предпочтительнее использование Т-критерия и Z-критерия совместно
4. для мужчин предпочтительнее не использовать денситометрическую классификацию ВОЗ
5. для женщин предпочтительнее не использовать денситометрическую классификацию ВОЗ

	<p>56. Препаратами первой линии для лечения остеопороза являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. стронция ранелат</li> <li>2. азотсодержащие бисфосфонаты</li> <li>3. терипаратид</li> <li>4. кальцитонин;</li> <li>5. активные метаболиты витамина D</li> </ol> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. верно 3, 4, 5</li> <li>2. верно 1, 3, 4</li> <li>3. верно 2, 4, 5</li> <li>4. <b>верно 1, 2, 3</b></li> <li>5. верно 2, 3, 4</li> <li>6. всё перечисленное верно</li> </ol> <p>57. Из нижеизложенного про ралоксифен верно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. относится к группе селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов</li> <li>2. является препаратом второй линии для лечения постменопаузального остеопороза</li> <li>3. эффективен для предотвращения переломов тел позвонков у женщин с постменопаузальным остеопорозом</li> <li>4. не доказана эффективность в профилактике периферических переломов</li> <li>5. увеличивает риск венозных тромбозов</li> </ol> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. верно 2, 3, 4, 5</li> <li>2. верно 1, 3, 4, 5</li> <li>3. верно 1, 2, 4, 5</li> <li>4. верно 1, 2, 3, 5</li> <li>5. верно 1, 2, 3, 4</li> <li>6. <b>всё перечисленное верно</b></li> </ol> <p>58. Критериями эффективности терапии остеопороза являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. снижение частоты переломов</li> <li>2. увеличение минеральной плотности кости</li> <li>3. нормализация или улучшение профиля маркеров костного метаболизма</li> <li>4. улучшение качества кости</li> <li>5. улучшение качества жизни больных</li> </ol> <p>Варианты ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. верно 2, 3, 4, 5</li> <li>2. верно 1, 3, 4, 5</li> <li>3. верно 1, 2, 4, 5</li> <li>4. верно 1, 2, 3, 5</li> <li>5. верно 1, 2, 3, 4</li> <li>6. <b>всё перечисленное верно</b></li> </ol>
--	---

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

**1. Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 - 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75
- 76 - 90% <b>Хорошо (4)</b>	76 – 90
- 91 - 100% <b>Отлично (5)</b>	91 – 100

## 2. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
- пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
- пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### **Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Неврология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	1-58		
ОПК	8	7,11,15,20,31,33,34,35,36,38		3,4,5,10,11

		,39,40,55	
<b>4</b>	3,4,8,9,10,12,13,16,17,18,21, 22,23,24,25,26,41-55		3,4,5
<b>5</b>	1,2,5,7,14,15,19,27,32,37,56, 57,58	1-5,7,8	1,2,3,4,6
<b>6</b>	7,15,27,39,40	1-6,8,9	3,4,6,7,8,9,10,11,12

## 12. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «РЕВМАТОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1. В.ОД.3.1</i>	<i>Раздел 1 «Остеоартрит в пожилом и старческом возрасте»</i>	6
<i>Б 1. В.ОД.3.2</i>	<i>Раздел 2 «Остеопороз в пожилом и старческом возрасте»</i>	6
<i>Б 1. В.ОД.3.3</i>	<i>Раздел 3 «Подагра в пожилом и старческом возрасте»</i>	6
<i>Б 1. В.ОД.3.4</i>	<i>Раздел 4 «Заболевания стопы в пожилом и старческом возрасте»</i>	6

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1. В.ОД.3.1 «Остеоартрит в пожилом и старческом возрасте»</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Методы оценки функционального статуса при остеоартрите.</li> <li>2. Методы диагностики остеоартрита. Рентгенологические стадии.</li> <li>3. Особенности остеоартрита отдельных суставов (коленных, тазобедренных, межфаланговых суставов).</li> <li>4. Синовит при остеоартрите.</li> <li>5. Медикаментозная терапия остеоартрита в пожилом и старческом возрасте: взвешенная оценка риска.</li> <li>6. Немедикаментозные методы лечения остеоартрита в позднем возрасте. Реабилитация и санаторно-курортное лечение.</li> <li>7. Показания к хирургическому лечению остеоартрита в пожилом и старческом возрасте и его виды.</li> </ol>
<i>Б 1. В.ОД.3.2 «Остеопороз в пожилом и старческом возрасте»</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Современная лабораторная и инструментальная диагностика остеопороза</li> <li>2. Методы определения риска переломов при остеопорозе.</li> <li>3. Антирезорбтивная терапия сенильного остеопороза: показания, оценка риска, клиническая фармакология препаратов</li> <li>4. Костно-анаболическая терапия: сенильного остеопороза: показания, оценка риска, клиническая фармакология препаратов</li> <li>5. Препараты кальция и витамина Д – место в терапии остеопороза у пациентов позднего возраста.</li> <li>6. Методы реабилитации пациентов с остеопорозом.</li> </ol>
<i>Б 1. В.ОД.3.3 «Подагра в пожилом и старческом возрасте»</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подагра: современная диагностика, дифференциальная диагностика.</li> <li>2. Медикаментозная терапия острого подагрического артрита у пациента пожилого возраста</li> <li>3. Медикаментозная терапия хронической тофусной подагры в пожилом возрасте: мониторинг эффективности и безопасности.</li> </ol>

<p><b>Б 1. В.ОД.3.4</b> <b>«Заболевания стопы в пожилом и старческом возрасте»</b></p>	<p>1. Нозологические формы патологии стопы, свойственные пожилому возрасту: понятия, диагностика, дифференциальная диагностика. 2. Нехирургические методы лечения патологии стопы в пожилом возрасте (ЛФК, бальнеотерапия, кинезиотерапия, ортезирование). 3. Хирургическое лечение заболеваний стопы в пожилом возрасте: показания, противопоказания, реабилитация в послеоперационном периоде.</p>
--	--

### Темы рефератов

<p><b>Б 1. В.ОД.3</b> <b>«Ревматология»</b></p>	<p>7. Принципы восстановительного лечения при остеоартрите. 8. Консервативное ортопедическое лечение периартрита плечевого сустава. 9. Консервативное ортопедическое лечение кисты Бейкера 10. Консервативное ортопедическое лечение энтезопатии подошвенного апоневроза, пяточной шпоры, подпяточного бурсита. 11. Ортезирование в лечении больных остеоартритом. 12. Кинезиотейпирование в лечении больных остеоартритом. 13. Лазеротерапия в лечении больных остеоартритом. 14. Бальнеотерапия в лечении больных остеоартритом. 15. Акупунктура в лечении больных остеоартритом. 16. Социальная, психологическая и физическая реабилитация больных с остеопеническим синдромом. 17. ЛФК в лечении пожилых больных с остеопеническим синдромом различного генеза. 18. Социальная, психологическая и физическая реабилитация больных с заболеваниями околосуставных мягких тканей.</p>
---	---

### Критерии и шкала оценивания

#### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Новизна реферированного текста 2. Степень раскрытия сущности проблемы 3. Обоснованность выбора источников
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	4. Соблюдение требований к оформлению
- пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	5. Грамотность

#### 2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция



- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
- пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б 1. В.ДВ.1.1. «Офтальмология»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. С какой патологией глаза пациенты пожилого и старческого возраста должны находиться на диспансерном учете, что он в себя включает?</li> <li>2. Заболевания глаза в пожилом возрасте, наиболее часто приводящие к инвалидности.</li> <li>3. Хронический конъюнктивит в пожилом возрасте: особенности клиники, лечение.</li> <li>4. Склеротическая макулярная дистрофия. Патогенез, клиника, лечение.</li> <li>5. Стадии диабетической патологии сетчатки, показания для лазерной коагуляции.</li> <li>6. Хирургическое лечение катаракт, показания, противопоказания.</li> <li>7. Лекарственные препараты, снижающие внутриглазное давление при глаукоме.</li> </ol>
---	---

### Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<b>Б 1. В.ДВ.1.1. «Офтальмология»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возрастные особенности аккомодации.</li> <li>2. Пресбиопия. Клиника, диагностика коррекция.</li> <li>3. Птоз: классификация, клиника, тактика лечения.</li> <li>4. Заворот век: этиология, клиника, лечение.</li> <li>5. Выворот век: этиология, клиника, лечение</li> <li>6. Острое нарушения кровообращения в центральной артерии сетчатки.</li> <li>7. Острое нарушения кровообращения в центральной вене сетчатки.</li> <li>8. Виды диабетической ретинопатии. Дифференциальный диагноз. Лечение.</li> <li>9. Отслойка сетчатой оболочки. Клиника, диагностика, лечение</li> <li>10. Классификация катаракт. Клиника, диагностика.</li> <li>11. Возрастная катаракта. Стадии, клиника, диагностика, тактика лечения</li> <li>12. Осложнения экстракции катаракты. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>13. Методы ранней диагностики глаукомы.</li> <li>14. Острый приступ глаукомы. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>15. Показания для хирургического и лазерного лечения открытоугольной глаукомы.</li> <li>16. Клиника, диагностика, лечение закрытоугольной глаукомы.</li> </ol>
---	--

### Банк тестовых заданий (с ответами):

<b>Б 1. В.ДВ.1.1. «Офтальмология»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. В ОСНОВНОМ ВНУТРИГЛАЗНУЮ ЖИДКОСТЬ ВЫРАБАТЫВАЕТ: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) радужка</li> <li>2) хориоидея</li> <li>3) хрусталик</li> <li><b>4) цилиарное тело</b></li> </ol> </li> <li>2. ОСТРОТА ЗРЕНИЯ — ЭТО <ol style="list-style-type: none"> <li>1) способность глаза чётко различать цвета и оттенки</li> </ol> </li> </ol>
---	---

- 2) способность глаза чётко различать предметы в центре и на периферии
- 3) способность глаза воспринимать раздельно точки, расположенные друг от друга на минимальном расстоянии**
- 4) пространство, одновременно воспринимаемое неподвижным глазом

3. ОСТРОТА ЗРЕНИЯ ИЗМЕРЯЕТСЯ

- 1) относительными единицами**
- 2) диоптриями
- 3) метрами
- 4) миллиметрами
- 5) градусами

4. Состояние пресбиопии у эметропов чаще проявляется в возрасте:

- 1) 30–35 лет
- 2) 40–45 лет**
- 3) 50–55 лет
- 4) 60–65 лет
- 5) старше 65 лет

5. ДЛЯ БЛЕФАРИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) выворот и гиперемия век
- 2) невозможность полного смыкания век, инъекция сосудов конъюнктивы
- 3) покраснение, утолщение краёв век, наличие чешуек, корочек, язвочек у корней ресниц**
- 4) гиперемия век и перикорнеальная инъекция
- 5) острое воспаление слёзного мешка

6. ПРИЧИНОЙ СЛЕЗОТЕЧЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) миопия
- 2) эметропия
- 3) халязион
- 4) дакриоцистит**
- 5) пингвекула

7. СЛЕЗОТЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:

- 1) заворота век**
- 2) некоррегированных аномалий рефракции
- 3) блефарита
- 4) халазиона
- 5) ячменя

8. СИМПТОМОМ КОНЪЮНКТИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) птоз
- 2) нистагм
- 3) экзотропия
- 4) частые мигательные движения
- 5) чувство засорённости за веками, дискомфорт**

9. ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО КОНЪЮНКТИВИТА НАЧИНАЮТ С:

- 1) массажа век
- 2) разрушение фолликулов путём соскоба
- 3) инстилляций гормонов
- 4) блефарорафии
- 5) инстилляция антисептиков или антибиотиков**

10. КАТАРАКТОЙ НАЗЫВАЮТ

- 1) воспаление хрусталика
- 2) помутнение хрусталика**
- 3) прорастание хрусталика сосудами
- 4) опухоль хрусталика
- 5) колобому хрусталика

11. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ КАТАРАКТОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) врождённая слоистая
- 2) врождённая полная
- 3) приобретённая**
- 4) веретенообразная
- 5) задняя полярная

12. ВСЕ СТАРЧЕСКИЕ КАТАРАКТЫ ДЕЛЯТ НА:

- 1) начальные, незрелые, зрелые и перезрелые**
- 2) рефракционные и осевые
- 3) катаракты слабой, средней и высокой степени
- 4) врождённые, юношеские, первичные и вторичные
- 5) врождённые и юношеские

13. ПО СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ СРЕДИ СТАРЧЕСКИХ КАТАРАКТ ВЫДЕЛЯЮТ:

- 1) начальную, незрелую, зрелую
- 2) начальную, зрелую, перезрелую
- 3) незрелую, зрелую, перезрелую
- 4) начальную, незрелую, зрелую, перезрелую**
- 5) неполную, полную

14. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ СТАРЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) видение тёмных плавающих пятен перед глазами
- 2) цветные ореолы
- 3) прогрессирующее снижение зрения**
- 4) выпадение полей зрения — скотомы
- 5) концентрическое сужение полей зрения

15. СВЕТООЩУЩЕНИЕ С НЕПРАВИЛЬНОЙ ПРОЕКЦИЕЙ У БОЛЬНОГО КАТАРАКТОЙ УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ У НЕГО:

- 1) зрелой катаракты
- 2) незрелой катаракты
- 3) патологии сетчатки и зрительного нерва**
- 4) патологии роговицы
- 5) деструкции стекловидного тела

16. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ «НАБУХАЮЩЕЙ КАТАРАКТЕ» ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

- 1) частое динамическое наблюдение с контролем внутриглазного давления
- 2) срочное удаление катаракты**
- 3) отсутствие наблюдения и лечения
- 4) антиглаукоматозную операцию
- 5) учащение инстилляций витаминных капель

17. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПРИ:

- 1) начальной катаракте**
- 2) незрелой катаракте
- 3) зрелой катаракте
- 4) перезрелой катаракте
- 5) сублюксации хрусталика

18. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) электролечение
- 2) оперативное лечение**
- 3) лазерное лечение
- 4) инстилляци «антикатарактальных» капель
- 5) пневмомассаж

19. ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

- 1) экстракапсулярной экстракции катаракты
- 2) интракапсулярной экстракции катаракты

**3) хирургии катаракты «малых разрезов»**

- 4) склероукрепляющих операций
- 5) гипотензивных операций

20. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ КОРРЕКЦИИ ОДНОСТОРОННЕЙ АФАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) коррекция очками
- 2) контактная

**3) интраокулярная**

- 4) кератофакия
- 5) операция «LASIC»

21. СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ХРУСТАЛИКА И ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) амблиопией
- 2) анизейконией
- 3) афакией

**4) артификацией**

- 5) анизометрией

22. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЗРЕЛОЙ КАТАРАКТЫ ДОЛЖНО БЫТЬ:

- 1) медикаментозным — глазные капли
- 2) оперативным**
- 3) физиотерапевтическим — рассасывающим
- 4) общеукрепляющим
- 5) противовоспалительным

28. ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНОЙ СТАРЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ НАЧИНАЮТ С

- 1) назначения витаминных капель
- 2) лазерного лечения**
- 3) оперативного лечения
- 4) системной общеукрепляющей терапии
- 5) общеукрепляющего

29. ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ НА ЭТАПЕ ДООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО:

- 1) уложить больного в положение Тренделенбурга
- 2) провести пальцевой массаж глазного яблока и карбогенотерапию доступным способом**
- 3) внутривенно ввести сосудосуживающие препараты
- 4) закапать атропин 1%
- 5) начать противовоспалительную терапию

30. БОЛЬНОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕТЧАТКИ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА

- 1) снижение остроты зрения, мелькание «молний», искажение предметов**
- 2) повышение внутриглазного давления
- 3) понижение внутриглазного давления
- 4) боль в глазу
- 5) светобоязнь

31. ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ БОЛЬНОЙ ОБРАЩАЕТСЯ С ЖАЛОБАМИ НА

- 1) появление «плавающих мушек» в глазу
- 2) постепенное снижение остроты зрения
- 3) появление «завесы» перед глазом, искажение видимых предметов**
- 4) гиперемиию глазного яблока
- 5) ощущение давления внутри глаза

32. РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОБЪЕКТИВНО МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

- 1) исследованием остроты зрения
- 2) исследованием полей зрения
- 3) исследованием цветоощущения
- 4) офтальмоскопией**
- 5) гониоскопией

33. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ СЧИТАЕТСЯ

- 1) назначение сахароснижающих препаратов
- 2) хирургическое лечение
- 3) лазерное лечение**
- 4) гипотензивная терапия
- 5) противовоспалительная терапия

34. ВСЛЕДСТВИЕ ТРОМБОЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) симптом «раздавленного помидора»**
- 2) дистрофические изменения сетчатки
- 3) отслойка сетчатки
- 4) «симптом «вишнёвой косточки»
- 5) фигура «звезды»

35. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЕТЧАТКЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) резким и значительным снижением остроты зрения**
- 2) покраснением глазного яблока
- 3) помутнением стекловидного тела
- 4) болями в глазу
- 5) затуманиванием и появлением радужных кругов перед глазами

36. ВЫРАЖЕННЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дистрофия сетчатки
- 2) симптом «раздавленного помидора»
- 3) симптом «серебряной проволоки»**
- 4) симптом «вишнёвой косточки»
- 5) отёк диска зрительного нерва

37. РАННИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) симптом «серебряной проволоки»
- 2) появление микроаневризм сосудов сетчатки**
- 3) появление отслойки сетчатки
- 4) появление дистрофии в макулярной области (области «жёлтого пятна»)
- 5) отёк диска зрительного нерва

38. ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ МОЖЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ОТСЛОЙКУ СЕТЧАТКИ ПРИ

- 1) жалобах на внезапное снижение зрения (появление «занавески»)
- 2) наличии высокой степени близорукости**
- 3) повышении внутриглазного давления, определённом пальпаторно
- 4) нарушении сумеречного зрения
- 5) отёке диска зрительного нерва

39. ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) консервативный
- 2) оперативный**
- 3) общее медикаментозное лечение
- 4) сосудистое лечение
- 5) противовоспалительное

40. МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) витаминотерапия
- 2) гимнастика для глаз
- 3) **лазеркоагуляция сетчатки**
- 4) физиотерапия
- 5) противовоспалительная терапия

41. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) первичная закрытоугольная
- 2) **первичная открытоугольная**
- 3) первичная смешанная
- 4) вторичная факогенная
- 5) ювенильная

42. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ОТТОКА ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТИ ИЗ ГЛАЗА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **трабекулопатия**
- 2) блокада угла передней камеры корнем радужки
- 3) блокада угла передней камеры новообразованными сосудами
- 4) блокада угла передней камеры стекловидным телом
- 5) заращение зрачка

43. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ОТТОКА ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТИ ИЗ ГЛАЗА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трабекулопатия
- 2) **блокада угла передней камеры корнем радужки**
- 3) блокада угла передней камеры новообразованными сосудами
- 4) блокада угла передней камеры нерассосавшейся мезодермальной тканью
- 5) заращение зрачка

44. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА НОРМЫ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ТОНОМЕТРОМ МАКЛАКОВА РАВНА

- 1) 20 мм рт. ст.
- 2) 24 мм рт. ст.
- 3) **27 мм рт. ст.**
- 4) 28 мм рт. ст.
- 5) 32 мм рт. ст.

45. ПУСКОВЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) набухание хрусталика
- 2) перезревание хрусталика
- 3) заращение зрачка
- 4) сужение зрачка
- 5) **расширение зрачка**

46. ДОСТУПНЫМИ ВРАЧУ НЕОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ СЧИТАЮТ

- 1) офтальмобиомикроскопию
- 2) офтальмотонометрию по Маклакову
- 3) гониоскопию, офтальмоскопию
- 4) исследование в проходящем свете
- 5) **пальпаторное определение внутриглазного давления, бифокальный осмотр**

47. КАРТИНА ОСТРОГО ПРИСТУПА ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ НЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) резкого повышения внутриглазного давления
- 2) застойной инъекции глазного яблока

	<p>3) мелкой передней камеры  <b>4) выраженной болезненности при пальпации области цилиарного тела</b>  5) отёка роговицы и расширения зрачка</p> <p>48. ПРИ СНЯТИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ</p> <p>1) раствора пилокарпина 1%  <b>2) раствора атропина 1%</b>  3) раствора дорзоламида 2%  4) раствора тимолола 0,25%  5) раствора бетаксолола 0,5%</p> <p>49. ДЛЯ СНЯТИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ НЕОБХОДИМО ЗАКАПЫВАТЬ ГЛАЗНЫЕ КАПЛИ</p> <p><b>1) пилокарпина 1%</b>  2) тропикамида 0,5%  3) атропина 1%  4) дексаметазона 0,1%  5) диклофенака 0,1%</p> <p>50. ГЛАЗНЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p><b>1) пилокарпин, бетоптик, азопт, тимолол</b>  2) атропин  3) витабакт, тобрекс, тобрадекс  4) лекролин, систейн, опатанол, баларпан</p>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 4. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>
<b>Удовлетворительно (3)</b>	61 – 75
<b>Хорошо (4)</b>	76 – 90
<b>Отлично (5)</b>	91 – 100

#### 5. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и

<b>Отлично (5)</b>	знаков и т. п.)
--------------------	-----------------

## 6. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Офтальмология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
<b>УК</b>	<b>1</b>	1-50	1-16	1-7
	<b>3</b>	1-50	1-16	1-7
<b>ОПК</b>	<b>8</b>	14-16,32,44	1-13	1-4
	<b>4</b>	5-8,14,15,30-32,34-38,46,47	2-14,16	3,4,5
	<b>5</b>	9,16-20,22,28,29,33,39,40,48-50	2-12,14-16	3-7
	<b>6</b>		2-12,16	2,4,6



# МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1. В.ДВ.1.1.1</i>	Раздел 1 «Аномалии рефракции в позднем возрасте»	2
<i>Б 1. В.ДВ.1.1.2</i>	Раздел 2 «Заболевания защитного аппарата (век, конъюнктивы, слезных органов) в пожилом и старческом возрасте»	6
<i>Б 1. В.ДВ.1.1.3</i>	Раздел 3 «Патология хрусталика в пожилом и старческом возрасте»	8
<i>Б 1. В.ДВ.1.1.4</i>	Раздел 4 «Нарушение регуляции внутриглазного давления (глаукомы) в позднем возрасте»	10
<i>Б 1. В.ДВ.1.1.5</i>	Раздел 5 «Патология сетчатки и зрительного нерва в пожилом и старческом возрасте»	10

## Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1. В.ДВ.1.1. «Офтальмология»</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Основные направления в медикаментозной терапии глаукомы у пожилого пациента</li><li>2. Синдром сухого глаза в пожилом возрасте: клиника, диагностика, лечение.</li><li>3. Стадии возрастной катаракты. Показания для хирургического лечения.</li><li>4. Аккомодация. Изменение аккомодации с возрастом. Коррекция.</li></ol>
---	---

## Перечень дискуссионных тем

<i>Б 1. В.ДВ.1.1. «Офтальмология»</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ранние и отдаленные послеоперационные осложнения экстракции катаракты.</li><li>2. Возрастная макулярная дегенерация. Возможности современного лечения.</li></ol>
---	---

## Темы рефератов

<i>Б 1. В.ДВ.1.1. «Офтальмология»</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Осложненные катаракты: этиология, особенности клиники, лечение.</li><li>2. Поражения глаза при сахарном диабете.</li></ol>
---	---

## Критерии и шкала оценивания

### 3. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

#### 4. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б 1. В.ДВ.1.2.</b> <b>«Онкология»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Особенности лекарственной терапии рака молочной железы в пожилом возрасте: побочные эффекты, оценка риска, возможности преодоления неблагоприятных реакций, мониторируемые показатели, реабилитация.</li> <li>2. Особенности лекарственной терапии немелкоклеточного рака легкого в пожилом возрасте: побочные эффекты, оценка риска, возможности преодоления неблагоприятных реакций, мониторируемые показатели, реабилитация.</li> <li>3. Особенности лекарственной терапии и хирургического лечения рака толстой кишки в пожилом возрасте: побочные эффекты, оценка риска, возможности преодоления неблагоприятных реакций, мониторируемые показатели, реабилитация.</li> <li>4. Прогноз, реабилитация и профилактика рака желудка у пожилых.</li> <li>5. Рак кожи у пожилых. Меры профилактики. Особенности клинического течения базалиом и плоскоклеточного рака. Принципы диагностики и лечения.</li> <li>6. Рак прямой кишки в пожилом возрасте. Клиническая картина в зависимости от локализации и анатомической формы опухоли. Принципы диагностики и лечения. Послеоперационное наблюдение и уход. Реабилитация.</li> </ol>
---	---

#### Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<b>Б 1. В.ДВ.1.2.</b> <b>«Онкология»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гормонотерапия гормоночувствительного метастатического рака предстательной железы</li> <li>2. Предраковые состояния и изменения толстой кишки. Значение хронических воспалительных процессов.</li> <li>3. Паранеопластические синдромы при раке лёгкого с секрецией гормонально активных веществ и неясными этиологией и патогенезом.</li> </ol>
---	--

	<p>4. Предраковые состояния и изменения кожи в пожилом возрасте.</p> <p>5. Кахексия: возможности паллиативного лечения у пожилых.</p> <p>6. Раковая слабость: возможности паллиативного лечения у пожилых.</p> <p>7. Раковая боль: возможности паллиативного лечения у пожилых.</p> <p>8. Тошнота и рвота: возможности паллиативного лечения у пожилых.</p> <p>9. Системный воспалительный синдром при раке: возможности паллиативного лечения у пожилых.</p>
--	---

### Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><b>Б 1. В.ДВ.1.2.</b> <b>«Онкология»</b></p>	<p>1. Базалиома относится к:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. доброкачественным опухолям</li> <li><b>2. злокачественным опухолям</b></li> <li>3. предраковым заболеваниям</li> <li>4. дистрофическим процессам</li> </ol> <p>2. Наиболее опасна ультрафиолетовая инсоляция для малигнизации заболевания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Экзема</li> <li>2. Фотодерматит</li> <li><b>3. Пигментная ксеродерма</b></li> <li>4. Витилиго</li> </ol> <p>3. Особенности herpes zoster у больных со злокачественными опухолями являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Склонность к ранней диссеминации</li> <li>2. Тенденция к слиянию первичных элементов с вторичным инфицированием</li> <li>3. Атипичная локализация (по ходу межреберных промежутков)</li> <li><b>4. Правильно все перечисленное</b></li> </ol> <p>4. К предраковым заболеваниям толстой кишки относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Семейный полипоз</li> <li>2. Неспецифический язвенный колит</li> <li>3. Ворсинчатая аденома</li> <li><b>4. Все ответы верны</b></li> </ol> <p>5. Риск возникновения рака легкого по мере увеличения возраста обследуемых пациентов значительно возрастает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. У мужчин</b></li> <li>2. У женщин</li> <li>3. У мужчин и у женщин</li> <li>4. Риск возникновения рака легкого не связан с возрастом</li> </ol> <p>6. Какими морфологическими признаками характеризуется предраковое состояние слизистой оболочки желудка:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наличием атипичных клеток</li> <li>2. Тяжелой степенью дисплазии эпителиальных клеток</li> <li>3. Наличием морфологических признаков хронического воспаления</li> <li><b>4. Наличием кишечной метаплазии очагового характера</b></li> </ol> <p>7. Для включения пациента в группу повышенного риска развития рака желудка необходимо наличие:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинически доказанных фоновых заболеваний</li> <li>2. Атипичных клеток при морфологическом исследовании слизистой желудка</li> <li><b>3. Сочетание фоновых патологических процессов в желудке с тяжелой степенью дисплазии эпителиальных клеток</b></li> <li>4. Сочетание фоновых патологических процессов в желудке с легкой и средней степенью дисплазии эпителиальных клеток</li> </ol>
---	---

8. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы:
1. Узловую
  2. Диффузную
  3. Экземоподобные изменения ареола и соска
  - 4. Все ответы верные**
9. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом является:
1. Маммография
  - 2. Пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата**
  3. Термография
  4. Ультразвуковое исследование
10. Рак желудка наиболее часто возникает в возрасте:
- А). От 21 до 50 лет
  - Б). От 51 до 70 лет
  - В). Старше 70 лет**
  - Г). Частота одинакова во всех группах
  - Д). Старше 80 лет
11. Уровень заболеваемости раком желудка у мужчин:
- А). Выше, чем у женщин в 5 раз
  - Б). Выше, чем у женщин в 2 раза**
  - В). Ниже, чем у женщин
  - Г). Одинаков у мужчин и женщин
  - Д). Правильного ответа нет
12. При каком способе сохранения продуктов не увеличивается содержание нитрозаминов и их предшественников в пище?
- А). Солении
  - Б). Копчении
  - В). Замораживании**
  - Г). Консервировании
  - Д). Правильный ответ Б) и Г)
13. Характер питания играет решающую роль в возникновении:
- А). Диффузного рака желудка
  - Б). Интестинального рака желудка**
  - В). Любых форм рака желудка
  - Г). Роли не играет
  - Д). Правильный ответ все, кроме В) и Г)
14. Для возникновения рака желудка не имеет значения:
- А). Избыточное употребление поваренной соли
  - Б). Количество потребляемой клетчатки**
  - В). Инфицирование желудка бактериальной флорой
  - Г). Особенности кулинарной обработки пищи
  - Д). Возраст
15. Предраковое заболевание желудка с резким утолщением складок слизистой оболочки и усиленным образованием слизи, называется:
- А). Болезнь Менетрие**
  - Б). Болезнь Педжета
  - В). Эритроплазия Кейра
  - Г). Болезнь Гиршпрунга
  - Д). Пищевод Барретта
16. Не являются предраком желудка:
- А). Хронический атрофический гастрит
  - Б). Язвенная болезнь желудка
  - В). Гиперпластические полипы**
  - Г). Аденоматозные полипы

Д). Пернициозная анемия

17. Из перечисленных гистологических форм для рака желудка наиболее характерной является:

- А). Мелкоклеточный рак
- Б). Аденокарцинома**
- В). Плоскоклеточный рак
- Г). Карциноид
- Д). Светлоклеточный рак

18. Ранним раком желудка называют:

- А). Опухоль размерами менее 3 см
- Б). Рак in situ
- В). Опухоль размерами менее 5 см
- Г). Любых размеров рак, поражающий только слизистую оболочку и подслизистый слой**
- Д). Опухоль размерами менее 7,5 см

19. Наиболее часто рак желудка поражает:

- А). Кардиальный отдел
- Б). Антральный отдел**
- В). Тело желудка
- Г). Весь желудок
- Д). Большую кривизну желудка

20. Рак желудка чаще всего метастазирует в:

- А). Легкие
- Б). Кости
- В). Печень**
- Г). Надключичные лимфатические узлы
- Д). Мозг

21. Рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, с единичным метастазом в малом сальнике относится к стадии:

- А). 2А
- Б). 2Б**
- В). 3А
- Г). 3Б
- Д). 4

22. Рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, без регионарных метастазов по системе TNM обозначается:

- А). T1N1M0
- Б). T1N0M0
- В). T2N1M0
- Г). T2N0M0**
- Д). T3N0M0

23. Какими симптомами может проявляться рак дна желудка без перехода на пищевод:

- А). Чувство переполнения, шум плеска
- Б). Боль в области сердца, напоминающая стенокардию**
- В). Рвота пищей, съеденной накануне
- Г). Запорами
- Д). Дисфагия

24. Наиболее раннее распознавание рака желудка обеспечивает:

- А). Гастроскопия**
- Б). Поиск синдрома "малых признаков"
- В). Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- Г). Лапароскопия
- Д). Гастрография

25. Кто чаще болеет раком ободочной кишки?

- А). Мужчины
- Б). Женщины**
- В). Дети
- Г). Одинаково часто мужчины и женщины
- Д). Взрослые до 30 лет

26. Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки является:

- А). Ионизирующая радиация
- Б). Курение
- В). Состав пищевых продуктов**
- Г). Злоупотребление алкоголем
- Д). Ожирение

27. Какие факторы из перечисленных способствуют возникновению рака ободочной кишки?

- 1). Пища, богатая жирами
- 2). Острая пища
- 3). Горячая пища
- 4). Мясная пища
- 5). Пища с большим количеством грубой клетчатки
- 6). Кисломолочные продукты
- 7). Очищенные углеводы

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 3,4,5
- В). 1,4,7**
- Г). 2,3,6
- Д). Все ответы верны

28. К группе повышенного риска рака ободочной кишки не относят лиц, страдающих:

- А). Неспецифическим язвенным колитом
- Б). Гранулематозным колитом (болезнь Крона)
- В). Аденоматозными полипами
- Г). Гиперпластическими полипами**
- Д). Семейным диффузным полипозом

29. Облигатным предраком ободочной кишки является:

- А). Аденоматозные полипы
- Б). Диффузный семейный полипоз**
- В). Гиперпластические полипы
- Г). Неспецифический язвенный колит
- Д). Болезнь Крона

30. Какой из отделов ободочной кишки наиболее часто поражается раком?

- А). Слепая кишка
- Б). Восходящая ободочная кишка
- В). Поперечная ободочная кишка
- Г). Нисходящая ободочная кишки
- Д). Сигмовидная кишка**

31. Наиболее частой гистологической формой рака ободочной кишки является:

- А). Аденокарцинома**
- Б). Солидный рак
- В). Недифференцированный рак
- Г). Плоскоклеточный рак
- Д). Правильного ответа нет

32. Наибольшую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:

- А). Гиперпластические

- Б). Аденоматозные
- В). Ворсинчатые**
- Г). Индекс малигнизации одинаков во всех случаях
- Д). Правильного ответа нет

33. Экзофитный тип роста характерен больше для:

- А). Слепой и восходящей ободочной кишки**
- Б). Поперечной ободочной кишки
- В). Нисходящей ободочной кишки
- Г). Сигмовидной кишки
- Д). Правильного ответа нет

34. Эндофитный тип роста опухоли более характерен для опухолей:

- А).левой половины толстой кишки**
- Б). Правой половины толстой кишки
- В). Слепой кишки
- Г). Одинаково часто встречается во всех отделах
- Д). Правильного ответа нет

35. Рак ободочной кишки чаще метастазирует в:

- А). Кости
- Б). Головной мозг
- В). Поджелудочную железу
- Г). Печень**
- Д). Легкие

36. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли:

- А). В слепой и восходящей кишке**
- Б). В поперечной ободочной кишке
- В). В нисходящей ободочной кишке
- Г). В сигмовидной кишке
- Д). В печёночном углу

37. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли:

- А). В восходящем отделе
- Б). В поперечном отделе
- В). В нисходящем отделе**
- Г). Частота кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли
- Д). Зависит от возраста больного

38. Какие симптомы нехарактерны для рака слепой кишки:

- А). Запоры
- Б). Боли в животе
- В). Анемия
- Г). Непроходимость кишечника
- Д). Правильно А) и Г)**

39. Какие симптомы наиболее характерны для рака левой половины ободочной кишки:

- 1). Запоры
- 2). Примесь крови в каловых массах
- 3). Отрыжка, изжога
- 4). Слабость, похудание, потеря аппетита
- 5). Обтурационная кишечная непроходимость
- 6). Анемия

Правильные ответы:

- А). 1,3,4
- Б). 2,4,6
- В). 3,4,6

**Г). 1,2,5**

Д). Все характерно в одинаковой степени

40. Больной 65 лет жалуется на тупую боль в правой подвздошной области, субфебрилитет. Болен два месяца, острого начала не было. В правой подвздошной области плотное образование до 6 см в диаметре, с нечеткими контурами, ограничено в подвижности, малоболезненное. При ирригрографии на латеральной

стенке слепой кишки дефект наполнения с депо бария в центре. Ваш диагноз?

А). Полип слепой кишки

Б). Аппендикулярный инфильтрат

В). Ворсинчатая опухоль слепой кишки

**Г). Рак слепой кишки**

Д). Киста забрюшинного пространства

41. Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания рака ободочной кишки:

А). Лапароскопия

Б). Селективная ангиография

В). Ректороманоскопия

**Г). Колоноскопия**

Д). Ирриография

42. Выбор метода хирургического лечения рака ободочной кишки не зависит от:

А). Локализации опухоли

Б). Наличия осложнения или их отсутствия

В). Общего состояния больного

Г). Наличия метастазов

**Д). Гистологического строения**

43. Радикальное лечение рака слепой кишки заключается:

А). В резекции купола кишки с опухолью

Б). Резекции слепой кишки и части восходящего отдела

В). Клиновидном иссечении стенки кишки с опухолью

**Г). В правосторонней гемиколэктомии**

Д). Наложении обходного илеотрансверзоанастомоза

44. Какой тип кишечной непроходимости характерен для рака толстой кишки?

**А). Обтурационная**

Б). Странгуляционная

В). Смешанная

Г). Характерного типа нет.

Д). Правильного ответа нет

45. Опухоли прямой кишки чаще локализуются в:

А). Промежностном отделе

**Б). Ампулярном отделе**

В). Ректосигмоидном отделе

Г). Одинаково часто во всех отделах

Д). Правильного ответа нет

46. Метастазы в паховые лимфатические узлы встречаются при раке:

**А). Анального отдела**

Б). Ампулярного отдела

В). Ректосигмоидного отдела

Г). Всех отделов

Д). Не встречаются

47. Рак прямой кишки чаще всего метастазирует в:

А). Кости

Б). Головной мозг

В). Поджелудочную железу

**Г). Печень**



Д). Легкие

48. Риск возникновения рака прямой кишки уменьшается при употреблении:

- 1). Пищи богатой растительной клетчаткой
- 2). Пищи богатой животными жирами
- 3). Сухого вина
- 4). Пищи богатой витаминами
- 5). Мясных продуктов

Правильные ответы:

- А). Все ответы правильные
- Б). 1,2,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,4**
- Д). 1,3,5

49. Перерождению (малигнизации) из всех доброкачественных опухолей прямой кишки чаще всего подвергаются:

- А). Лейомиомы
- Б). Ворсинчатые полипы**
- В). Гиперпластические полипы
- Г). Железистые полипы
- Д). Ювенильные полипы

50. При ампулярной локализации рака прямой кишки опухоль может пенетрировать (прорасти) в:

- 1). Сигмовидную кишку
- 2). Слепую кишку
- 3). Мочевой пузырь
- 4). Влагалище
- 5). Предстательную железу
- 6). Крестец
- 7). Мочеточники**

Правильные ответы:

- А). 1,3,4
- Б). 2,5,6
- В). 3,4,7
- Г). 4,5,6
- Д). 3,5,6

51. Основным фактором, способствующим возникновению рака прямой кишки является:

- А). Ионизирующая радиация
- Б). Курение
- В). Характер питания**
- Г). Злоупотребление алкоголем
- Д). Ожирение

52. Риск развития рака прямой кишки повышается при диете с высоким содержанием:

- А). Жиров**
- Б). Грубой растительной клетчатки, плохо переваривающейся в кишечнике
- В). Овощей и фруктов
- Г). От диеты не зависит
- Д). Углеводов

53. Риск развития рака прямой кишки снижается при диете богатой:

- 1). Жирами
- 2). Грубой растительной клетчаткой, плохо переваривающейся в кишечнике
- 3). Белками

- 4). Очищенными углеводами
- 5). Овощами и фруктами с высоким содержанием витаминов А и С

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,3,4
- Д). **2,5**

54. Наиболее частой гистологической формой рака прямой кишки является:

- А). Аденокарцинома**
- Б). Солидный рак
- В). Слизистый рак
- Г). Плоскоклеточный рак
- Д). Недифференцированный рак

55. Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является:

- А). Запор
- Б). Слизь в каловых массах
- В). Кровь в каловых массах**
- Г). Слабость, похудание, снижение аппетита
- Д). Боль при дефекации

56. Сигналами тревоги при раке прямой кишки являются:

- 1). Чувство неполного опорожнения прямой кишки после акта дефекации
- 2). Наличие слизи в кале
- 3). Примесь крови в кале
- 4). Примесь крови в сочетании со жгучей болью при акте дефекации
- 5). Частый жидкий стул непереваренными кишечными массами
- 6). Чередование запоров и поносов с болями внизу живота перед актом дефекации

Правильные ответы:

- А). 1,3,6**
- Б). 2,4,5
- В). 1,2,4
- Г). 2,5
- Д). 1,6

57. Большинство доброкачественных центральных опухолей легких составляют:

- А). Аденомы бронха**
- Б). Папилломы бронха
- В). Сосудистые опухоли
- Г). Тератомы
- Д). Кистомы

58. Большинство периферических доброкачественных опухолей легких составляют:

- А). Фибромы
- Б). Тератомы
- В). Гамартомы**
- Г). Кистомы
- Д). Аденомы

59. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся:

- А). Длительно и много курящие
- Б). Больные хроническим бронхитом
- В). Имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
- Г). Все ответы верные**

Д). Правильные ответы А) и Б)

60. На долю центрального рака легких приходится:

- А). 20-30%
- Б). 40-50%
- В). 60-70%**
- Г). 80% и более
- Д). Нет правильного

61. Рак легкого по гистологической структуре чаще бывает:

- 1). Плоскоклеточным
- 2). Солидным
- 3). Слизистым
- 4). Мелкоклеточным
- 5). Перстневидно-клеточным
- 6). Железистым

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,5
- Д). 1,4,6**

62. К периферическим формам рака легкого относятся:

- 1). Округлая опухоль
- 2). Опухоль Вильмса
- 3). Рак Пенкоста
- 4). Рак Педжета
- 5). Мезотелиома
- 6). Пневмониеподобный рак

Правильные ответы:

- А). 1,2
- Б). 3,4
- В). 5,6
- Г). 2,4,5
- Д). 1,3,6**

63. У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает:

- А). Плоскоклеточный рак**
- Б). Железистый рак
- В). Мелкоклеточный рак
- Г). Крупноклеточный рак
- Д). Недифференцированный рак

64. При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов:

- А) Внутригрудные**
- Б) Подмышечные
- В) Забрюшинные
- Г) Паховые
- Д) Абдоминальные

65. Рак легкого метастазирует в:

- А). Печень
- Б). Кости
- В). Головной мозг
- Г). Все ответы верные**
- Д). Правильного ответа нет

66. Наиболее типичными ранними симптомами центрального рака легкого

являются:

- 1). Кашель
- 2). Одышка
- 3). Боли за грудиной
- 4). Кровохарканье
- 5). Осиплость голоса
- 6). Дисфагия

Правильные ответы:

- А). Все ответы правильные
- Б). 1,3,4**
- В). Правильно все, кроме 2,6
- Г). Правильно все, кроме 6
- Д). 2,5,6

67. При периферическом раке легкого в отличие от центрального, заболевание:

- 1). Длительное время протекает бессимптомно
- 2). Сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии
- 3). Симптомы кашля и кровохарканья являются ранними
- 4). Кашель и кровохарканье появляются поздно

Правильные ответы:

- А). 1,3
- Б). 2,3
- В). 1,4**
- Г). 2,4
- Д). 1,2

68. К неврологическим симптомам, обусловленным вовлечением в опухолевый процесс элементов плечевого сплетения при раке верхушки легкого, относятся:

- А). Слабость мышц кисти
- Б). Расстройства чувствительности участков кисти и предплечья
- В). Синдром Горнера
- Г). Все ответы верные**
- Д). Правильного ответа нет

69. Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей долевого или главного бронх, вызывает смещение средостения:

- А). В здоровую сторону
- Б). В большую сторону**
- В). Смещения средостения не выявляется
- Г). Зависит от размера опухоли
- Д). Правильного ответа нет

70. При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет:

- А). Определить размеры опухоли
- Б). Точно локализовать опухоль
- В). Определить отношение к грудной стенке, позвоночнику и средостению
- Г). Получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких
- Д). Все ответы верные**

71. Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является:

- А). Хирургический**
- Б). Лучевой
- В). Химиотерапевтический
- Г). Иммунотерапия
- Д). Плазмаферез

72. Хирургический метод лечения рака легкого необходимо применять у больных:

**А). У которых отсутствуют противопоказания к данному методу лечения**

- Б). Которым противопоказано лучевое лечение
- В). Имеющих противопоказания к химиотерапии
- Г). Имеющих осложненное течение рака легкого (обструктивная пневмония, распад опухоли, опухолевый плеврит)
- Д). Правильно В) и Г)

73. Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются:

- А). Лобэктомия (билобэктомия), пульмонэктомия
- Б). Сегментэктомия
- В). Клиновидная или краевая резекция легкого
- Г). **Правильные ответы А) и Б)**
- Д). Все ответы верные

74. Адьювантная химиотерапия наиболее целесообразна:

- А). При плоскоклеточном раке легкого
- Б). При аденокарциноме легкого
- В). **При мелкоклеточном раке легкого**
- Г). Показана при всех формах
- Д). Не доказана

75. При мелкоклеточном раке легкого используются следующие методы лечения:

- А). Химиотерапия
- Б). Иммуноterapia
- В). Гормонотерапия
- Г). Лучевая терапия
- Д). **Верны ответы А), Б), Г)**

76. Наибольшая радиочувствительность характерна:

- А). Для аденокарциномы легкого
- Б). Для эпидермоидного рака
- В). **Для мелкоклеточного рака легкого**
- Г). Для бронхиоло-альвеолярного рака
- Д). Рака Пэнкоста

77. При мелкоклеточном раке легкого лучевую наиболее часто применяют:

- А). Как самостоятельный метод
- Б). В комбинации с хирургическим
- В). **В сочетании с химиотерапией**
- Г). В сочетании с иммуноtherapiей и гормонотерапией
- Д). Правильный ответ Б) и Г)

78. К факультативным предракам кожи относят:

- А). Кожный рог
- Б). Лейкоплакию
- В). Старческую кератому
- Г). Гемангиому
- Д). **Правильно А), Б), В)**

79. К облигатным предракам кожи относят:

- 1). Болезнь Боуэна
- 2). Болезнь Педжета
- 3). Кератопапиллому
- 4). Трофические язвы
- 5). Эритроплакию Кейра
- 6). Внутридермальный пигментный невус

Правильные ответы:

- А). 1, 2, 3
- Б). 4, 5, 6

**В). 1, 2, 5**

Г). 3, 4, 6

Д). 1, 5, 6

80. К гистологическим вариантам рака кожи относят:

А). Базальноклеточный рак

Б). Мелкоклеточный рак

В). Плоскоклеточный рак

Г). Светлоклеточный рак

**Д). Правильно А) и В)**

81. Базальноклеточный рак кожи составляет:

А). 20%

Б). 40%

**В). 70%**

Г). 90%

Д). 95 %

82. Частота локализации базалиомы на коже лица составляет:

А). 50-55%

Б). 60-70%

**В). 94-97%**

Г). На коже лица встречается редко

Д). 40%

83. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается:

**А). На фоне хронических заболеваний кожи**

Б). На здоровой коже (de novo)

В). С одинаковой частотой и в том, и в другом случае

Г). На фоне меланомы

Д). В местах рубцовых изменений кожи

84. К внутриэпидермальному раку cancer in situ относится:

А). Болезнь Боуэна

Б). Базалиома

В). Эритроплазия Кейра

Г). Папилломатозный внутридермальный невус

**Д). Правильные ответы А) и В)**

85. Базальноклеточный рак кожи чаще метастазирует:

А). В лимфоузлы

Б). В печень

В). В легкие

Г) В почки

**Д) Не дает метастазов**

86. Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет:

**А). 2-2,5 %**

Б). 4-5 %

В). 6-10 %

Г). 11-15 %

Д). 20- 25%

87. Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают:

А). Легкие

Б). Головной мозг

В). Кости

Г). Печень

**Д) Правильные ответы А) и В)**

88. Рак кожи может иметь все перечисленные виды, кроме:  
А). **Быстрорастущего плотного бугристого узла**  
Б). Язвы с плотными вывороченными краями  
В). Разрастаний типа цветной капусты с мягкой влажной поверхностью  
Г). Разрастаний типа цветной капусты с гиперкератотическими наслоениями  
Д). Ограниченного очага типа нумулярной экземы
89. Самыми информативными методами при постановке диагноза рака кожи являются:  
А). Цитологическое исследование мазков  
Б). Выявление клинико-анамнестических симптомов  
В). **Гистологическое исследование биоптатов**  
Г). Радиоизотопное исследование с P32  
Д). Все из перечисленного
90. У больной 62 лет базалиома кожи правой лопаточной области диаметром 1,5 см. Ей целесообразно:  
А). Хирургическое удаление  
Б). Криогенная деструкция  
В). Лазерное воздействие  
Г). Близкофокусная рентгенотерапия  
Д). **Все методы применимы**
91. У больного 67 лет рак кожи ягодичной области III стадии с подвижными метастазами в паховые лимфатические узлы. Ему целесообразно:  
А). Дистанционная гамматерапия (самостоятельный курс)  
Б). Хирургическое лечение с лимфаденэктомией  
В). **Комбинированное лечение (предоперационная гамматерапия + операция иссечение опухоли + лимфаденэктомия)**  
Г). Близкофокусная терапия на опухоль + лимфаденэктомия  
Д). Правильно А) и В)
92. К меланомо-неопасным невусам относят:  
А). Синий (голубой) невус  
Б). **Внутридермальный невус**  
В). Пограничный пигментный невус  
Г). Гигантский пигментный невус  
Д). Все ответы верны
93. Из ниже перечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому:  
А). Меланоз Дюбрея  
Б). Папилломатозный невус  
В). Невус Оста  
Г). Пигментная ксеродерма  
Д). **Правильно А) и В)**
94. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявляться:  
А). Неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса  
Б). Увеличением или неравномерностью пигментации  
В). Увеличением или неравномерностью плотности  
Г). Изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров  
Д). **Всем перечисленным**
95. Ведущим методом лечения меланомы кожи является:  
А). **Хирургический**  
Б). Лучевая терапия  
В). Электрокоагуляция  
Г). Комбинированный  
Д). Все ответы верны

96. Худший прогноз при локализации меланомы на коже:

- А). Головы
- Б). Верхних конечностей
- В). Туловища
- Г). Нижних конечностей**
- Д). Органов половой зоны

97. Наиболее часто меланомы располагаются на:

- А). Лице, голове, шее
- Б). Туловище**
- В). Верхних конечностях
- Г). Нижних конечностях.
- Д). Уши

98. В качестве факультативного предрака молочной железы наиболее опасны:

- А). Болезнь Минца
- Б). Узловая форма мастопатии
- В). Цистаденома
- Г). Все перечисленное**
- Д). Ничего из перечисленного

99. Наиболее часто встречающейся клинической формой рака молочной железы является:

- А). Маститоподобная
- Б). Панцирная
- В). Рожеподобная
- Г). Рак Педжета
- Д). Узловая**

100. Отдаленными метастазами (M1) при раке молочной железы являются метастазы в:

- 1). Легкие
- 2). Печень
- 3). Загрудинные лимфоузлы
- 4). Надключичные лимфоузлы
- 5). Кости

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 2,4,5
- Г). 1,4,5
- Д). Правильно В) и Г)**

101. Для рака молочной железы не характерны метастазы в:

- А). Легкие
- Б). Печень
- В). Мозг
- Г). Пупок**
- Д). Кости

102. В молочной железе «болезнь Педжета» относится к:

- А). Узловой мастопатии
- Б). Внутрипротоковой папилломе
- В). Раку кожи
- Г). Узловой форме рака
- Д). Внутрипротоковому раку**

103. При I-IIa стадии рака молочной железы с локализацией в наружных квадрантах у женщин старше 55 лет целесообразно проводить:

- А). Мастэктомия по Холстеду + химиотерапию
- Б). Дооперационную лучевую терапию + мастэктомия по Пейти**



	<p>В). Мастэктомия по Маддену  <b>Г). Мастэктомия + послеоперационную лучевую терапию</b>  Д). Верно А) и Г)</p> <p>104. У больной 65 лет через 3 года после радикального лечения первичного РМЖ, выявлен метастаз в первый поясничный позвонок. Наиболее целесообразно применить:</p> <p>А). Эндокринную терапию  Б). Лучевую терапию на поясничный отдел позвоночника  В). Химиотерапию тиофосамидами  <b>Г). Правильные ответы А) и Б)</b>  Д). Все ответы правильные</p>
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 7. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: <b>Удовлетворительно (3)</b>	% выполнения задания 61 – 75
<b>Хорошо (4)</b>	76 – 90
<b>Отлично (5)</b>	91 – 100

#### 8. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

#### 9. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---	--

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Онкология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
<b>УК</b>	<b>1</b>	1-104	1-9	1-6
<b>ОПК</b>	<b>8</b>	1-102	2,4	1-6
	<b>4</b>	3,4,6-9,15-24,30-41,44-47,49,50,54-58,61-70,80,84,85,87-89,94,97-102	2-4	5,6
	<b>5</b>	42,43,71-77,90,91,95,103,104	1,2,4,5-9	1,2,3,5,6
	<b>6</b>	96	1,5-9	1-6

### 13. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов**

**Формы контроля – рефераты, дискуссия**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.1</i>	Раздел 1 «Фундаментальная онкология»	14
<i>Б 1. В.ДВ.1.2.2</i>	Раздел 2 «Клиническая онкология»	22

#### **Вопросы и задания для самоконтроля:**

<i>Б 1. В.ДВ.1.2 «Онкология»</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининга опухолей в пожилом возрасте. Метастазы рака в лимфатические узлы из невыявленного первичного очага. Диагностическая тактика. Возможные локализации.</li><li>2. Рак желудка. Группы риска. Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования. Хирургическое лечение в пожилом возрасте. Реабилитация.</li><li>3. Рак ободочной кишки в пожилом возрасте. Группы риска. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Принципы лечения. Послеоперационное наблюдение и уход. Реабилитация.</li><li>4. Основные клинико-морфологические типы злокачественной меланомы кожи</li><li>5. Злокачественные опухоли кожи в пожилом возрасте: формы, клиника, диагностика, лечение.</li><li>6. Лечение рака шейки матки у пожилых женщин: возможности, осложнения, симптоматическая и паллиативная терапия.</li><li>7. Лечение рака молочной железы у пожилых женщин: возможности, осложнения, симптоматическая и паллиативная терапия.</li><li>8. Морфологическая характеристика рака яичника. Возрастные особенности.</li><li>9. Местнораспространенный рак предстательной железы: лечение в пожилом возрасте.</li><li>10. Симптоматическая терапия при прогрессирующем онкологическом процессе у пожилых пациентов.</li></ol>
--------------------------------------	--

#### **Перечень дискуссионных тем**

<b>Б 1. В.ДВ.1.2 «Онкология»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Злокачественные опухоли у пожилых, как социальная проблема. Канцерогенные вещества, их основные источники</li> <li>2. Роль врача-гериатра в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей. Деонтология в онкогеронтологии.</li> <li>3. Хроническое воспаление и рак</li> <li>4. Эффект витаминов на риск развития онкологических заболеваний в пожилом возрасте.</li> </ol>
--------------------------------------	--

### Темы рефератов

<b>Б 1. В.ДВ.1.2 «Онкология»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клеточное старение и канцерогенез: роль теломер и теломеразы.</li> <li>2. Типы гормонального канцерогенеза и возрастной аспект феномена переключения эстрогенного эффекта.</li> <li>3. Старение кожи и развитие меланомы.</li> <li>4. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.</li> <li>5. Первично-множественные опухоли.</li> <li>6. Паранеопластические синдромы. Классификация.</li> <li>7. Окислительный стресс, старение и канцерогенез.</li> <li>8. Возможности химиопрофилактики онкологических заболеваний у пожилых.</li> </ol>
--------------------------------------	--

### Критерии и шкала оценивания

#### 5. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

#### 6. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«КЛИНИЧЕСКАЯ БИОХИМИЯ»**

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

## **Водно-электролитный баланс.**

### **1. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

### **2. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемиа

### **3. Отрицательный водный баланс (гипогидратация) наблюдается при следующих патологических состояниях:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Сахарный диабет
- b. Отеки
- c. Эксикоз
- d. Вторичный гиперальдостеронизм
- e. Несахарный диабет

### **4. В палату интенсивной терапии реанимации поступает больной 30 лет, масса тела 70 кг. Диагноз: астматический статус.**

Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на удушье, сильную жажду, сухость во рту, затруднение вдоха и особенно выдоха; одышка, плохое отхождение мокроты; ЧДД 36 в 1 минуту, в легких аускультативно: сухие хрипы, зоны ослабления и отсутствия дыхания; АД 140/100, пульс 100 ударов, спавшиеся с трудом пунктируемые вены; содержание в крови натрия 160 ммоль/л, калия 5,7 ммоль/л, показатель гематокрита 45%; диурез 400 мл в сутки, относительная плотность мочи 1030.

Установите тип дисгидрии.

### **5. Больному N за сутки перелито 783мл физиологического раствора. Сколько $\text{Na}^+$ получил больной в этом объеме.**

### **6. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипонатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- d. Увеличения артериального давления
- e. Ренина
- f. Увеличения осмотического давления крови
- g. Гипернатриемии

### **7. Больному K за сутки перелито 575мл физиологического раствора. Сколько $\text{NaCl}$ получил больной в этом объеме.**

**8. Перемещение воды между клеточным и внеклеточным секторами организма определяется изменением осмотического давления внеклеточной жидкости.**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

**9. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- b. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- c. Повышение температуры тела
- d. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- f. Осмотическое давление плазмы в норме
- g. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы
- h. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы

**10. Наибольшее количество воды (в % от массы тела) содержится в организме:**

Выберите один ответ:

- a. взрослой женщины
- b. подростка 14 лет
- c. новорожденного
- d. взрослого мужчины
- e. пожилого человека

**11. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемия

**12. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

**Кислотно-основные состояния**

1. Больной с гломерулонефритом.

Показатели		Реф.интервал
pH	7.23	7,36-7,44
pCO <sub>2</sub>	34 мм.рт.ст.	40± 5мм Hg
SB	16 ммоль/л	20-26 ммоль/л
AB	13 ммоль/л	19-25 ммоль/л
BE	11.0 ммоль/л	±2.3 ммоль/л
Титрационная кислотность	8 мл щелочи	10-30 мл щелочи

мочи		
Аммиак мочи	8 ммоль/л	20-50 ммоль/л

Выберите наиболее подходящие объяснения изменений лабораторных показателей

Выберите один или несколько ответов:

- Показатель рН (7.23) резко смещен в кислую сторону и находится за пределами нормы (7.36-7.42), что заставляет предполагать наличие у больного некомпенсированного алкалоза
- Данные о показателе ВЕ (-11.0 ммоль/л при норме -3.3 -+2.3) свидетельствует о полном исчерпании щелочных резервов крови.
- Показатели АВ и SB ниже нормы. Для правильного решения задачи особенно важно резкое снижение уровня показателя АВ, что свидетельствует о неспособности бикарбонатного буфера компенсировать ацидоз.
- Диагноз: некомпенсированный выделительный ацидоз
- Диагноз некомпенсированный смешанный ацидоз
- Показатели ТК и аммиака мочи значительно ниже нормы. При столь выраженном ацидозе это может означать только одно – почки не в состоянии выполнять свою функцию выведения из организма кислых продуктов метаболизма
- Показатель  $pCO_2$  (34 мм.рт.ст.) находится в пределах нормы (32.5-46.6 мм.рт.ст.). Следовательно, оснований предполагать газовый характер ацидоза у нас нет.

## 2. Выберите единственный верный ответ.

**К причинам негазового алкалоза относят:**

Выберите один ответ:

- неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, хлордиарею.
- сахарный диабет, хлордиарею, неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты.
- неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, сахарный диабет.

## 3. Верно ли, что респираторный алкалоз развивается при горной болезни?

Выберите один ответ:

- Верно  
Неверно

## 4. Вычислить рН раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

## 5. Сколько % составляет буферная емкость белкового буфера от общей буферной емкости крови.

**Патохимия обмена пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов. Гиперурикемия. Нуклеиновые кислоты. Репликация и репарация ДНК.**

### 1. Глицин является предшественником:

Выберите один или несколько ответов:

- Глутатиона
- Порфиринов
- Холестерина
- Креатина
- Непарных желчных кислот

### 2. Метотрексат:

Выберите один или несколько ответов:

- Не активен в отношении быстро растущих клеток
- Ингибитор синтеза пуринов
- Ингибитор синтеза тимидилата
- Активатор синтеза пуринов

- e. Бактериостатический препарат
- f. Активен в отношении быстро растущих клеток

### 3. Витамины, участвующие в метаболизме Сер и Гли:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Тиамин
- b. Фолиевая Кислота
- c. Рибофлавин
- d. Биотин

### 4. Формальдегид образуется:

Выберите один ответ:

- a. При восстановлении этанола
- b. При окислении метиленового мостика в H4-ТГФ
- c. При окислении уксусной кислоты
- d. При окислении этанола
- e. При восстановлении метанола
- f. Пиридоксин

### 5. Соединения, для синтеза которых необходимы одноуглеродные фрагменты:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Адреналин
- b. Глицин
- c. Урацил
- d. Парные желчные кислоты
- e. Норадреналин
- f. Тимин
- g. Глюкоза

### Нарушения обмена и транспорта холестерина. Атеросклероз. Оценка риска осложнений атеросклероза.

1. Первым коммерческим статином был

Ответ:

2. Общепринятая современная классификация гиперлипотеинемий была предложена в 1965г ....

Ответ:

3. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

- 1. синдрома печечно-клеточной недостаточности;
- 2. синдрома цитолиза;
- 3. синдрома холестаза;
- 4. мезенхимально-воспалительного синдрома;
- 5. синдрома портальной гипертензии.

4. Антисмысловые олигонуклеотиды (АСО)

Выберите один или несколько ответов:

- a. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы рибонуклеиновой кислоты (РНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;
- b. Мипомерсен - препарат на основе АСО блокирует ген апоВ-100 и предотвращает транскрипцию РНК апо-В100;
- c. Мипомерсен - препарат на основе АСО специфически связывает мРНК апоВ-100 и предотвращает транслокации мРНК для формирования функционального апо-В100;
- d. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы дезоксирибонуклеиновой



- кислоты (ДНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;
- e. *in vivo* подвергаются быстрой деградации под действием нуклеаз;
  - f. они целиком или частично связываются с рибонуклеиновой кислотой (РНК) и препятствуют дальнейшей трансляции мРНК в белок;
  - g. в связи с малыми размерами резистентны к действию нуклеаз;
  - h. они целиком или частично связываются с дезоксирибонуклеиновой кислотой (ДНК) и тем самым препятствуют экспрессии гена;

5. Биологическая роль ненасыщенных жирных кислот

Выберите один ответ:

- 1. предшественники простагландинов;
  - 2. участие в поддержании кислотно-основного равновесия;
  - 3. иммунный ответ;
  - 4. являются предшественниками кортикостероидов;
  - 5. транспортная функция.
6. Укажите целевой уровень хЛНП у мужчины 42 лет с высоким кардиальным риском

Выберите один ответ:

- a. менее 3,5 ммоль/л;
- b. не более 1,8 ммоль/л;
- c. не более 3,5;
- d. менее 2,5 ммоль/л;
- e. менее 5,5 ммоль/л.

### **Заключительный тест**

1. **Гипокальциемия приводит к повышению нервно-мышечной возбудимости и развитию судорог?**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

2. **В норме pH артериальной крови колеблется в пределах:**

Выберите один ответ:

- a. 7,45-7,55
- b. 7,25-7,35
- c. 7,35-7,45

3. **Прием одновременно с аторвастатином сока грейпфрута может сказаться на фармакокинетике препарата.**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

4. **Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

5. **Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

6. Гликогенез преобладает над гликогенолизом в печени при:

Выберите один ответ:

- гепатозах
- гипоксии
- гепатитах
- циррозе печени
- гликогенозах

7. Больному N за сутки перелито 1482мл физиологического раствора. Сколько Na<sup>+</sup> получил больной в этом объеме.

Ответ:

Выберите единицу измерения

Выберите...

- грамм
- мг

8. Синтез дезоксирибонуклеотидов происходит путем синтеза de novo из 2 - дезоксианалога ФРПФ

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

9. Назовите эндогенный лиганд рецепторов ORL<sub>1</sub>?

Ответ:

10. Болевая чувствительность - возникает только под действием повреждающего фактора: боли носят острый режущий характер, обладают точной локализацией, но к ней можно приспособиться (явление адаптации). Это более новый путь болевой чувствительности.

11. цАМФ является вторичным посредником для рецепторов к следующим гормонам:

Выберите один или несколько ответов:

- a. ТТГ
- b. Кальцитонин
- c. окситоцин
- d. ангиотензин
- e. Глюкагон

12. Реакцию превращения 3-фосфоглицерата в серин катализирует:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Фосфорилаза В
- b. Карбонат дегидратаза
- c. Серин гидроксиметилтрансфераза
- d. Серин фосфатаза
- e. Серин аминотрансфераза
- f. Фосфоглицерат киназа

13. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

14. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

15. **Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением**

Выберите один ответ:

- a. мезенхимально-воспалительного синдрома
- b. синдрома цитолиза
- c. синдрома холестаза
- d. синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- e. синдрома портальной гипертензии

16. **Из чего состоят кристаллы, откладывающиеся при хронической подагре в тканях и суставах?**

Выберите один ответ:

- a. Ураты
- b. Оксалаты
- c. Гидроксиапатиты
- d. Карбонат кальция

17. **К экстраренальным путям элиминации электролитов из организма относятся:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Кожа
- b. Ротовая полость (гиперсаливация)
- c. Желудочно-кишечный тракт (диарея)
- d. Органы дыхания
- e. Сосудистое русло (например, острая кровопотеря)

18. Формула расчета значений хЛНП была предложена .....

Ответ:

19. Вычислить рН раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

20. **Верно ли, что при активации опиоидных рецепторов происходит ингибирование аденилатциклазы?**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

21. Быстрая боль направляется через Аδ-волокна, которые заканчиваются в сегменте I заднего рога спинного мозга. Здесь вторые по порядку в этом пути, передаточные нейроны вступают в дальнейший контакт и поднимают сигнал через позвоночные столбы. Эти волокна затем пересылают сигнал в вентролатеральные ядра таламуса. 22. Оттуда третьи нейроны связываются с соматосенсорными полями коры головного мозга. Быстрая боль легко локализуется, если Аδ-волокна стимулируются совместно с тактильными рецепторами.

23. Больной З. 26 лет. Жалобы на слабость, утомляемость, апатию. Периодические мышечные параличи и боли в мышцах. Брадикардия. В детстве неоднократно лечился стационарно по поводу рецидивирующего нефрита. Гипертония 1 ст. Постоянно принимает эналаприл и верошпирон. Для уточнения генеза заболевания назначено определение чресканальцевого

калиевого градиента Уровень калия в сыворотке - 6 ммоль/л, в моче - 60,7 ммоль/л. Осмолярность плазмы 297мосм/кг, мочи - 657мосм/кг. Рассчитать чресканальцевый калиевый градиент.

Ответ:

**24. Всасывание липидов происходит преимущественно в**

Выберите один ответ:

- a. полости рта
- b. тонком кишечнике
- c. во всех отделах ЖКТ
- d. толстом кишечнике
- e. желудке

**25. Величина онкотического давления крови определяется:**

Выберите один ответ:

- a. низкомолекулярными азотистыми соединениями
- b. ионами
- c. углеводами
- d. белками
- e. липидами

**26. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Повышение температуры тела
- b. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- c. Осмотическое давление плазмы в норме
- d. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- f. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- g. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы
- h. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы

**27. Под влиянием ПАБК антибактериальное действие сульфаниламидов:**

Выберите один ответ:

- a. Не Влияет
- b. Снизится
- c. Изменяется в зависимости от дозы или концентрации
- d. Усилится

28. Микросомальный триглицерид-переносящий белок – МТТР (Microsomal Triglyceride Transfer Protein):

Выберите один или несколько ответов:

- a. Субъединица М МТТР важнейший компонент ЛВП
- b. блокирует синтез холестерина на уровне образования мевалоната
- c. имеет важное значение для сборки и секреции апоВ-содержащих липопротеинов
- d. Lomitapide активирует МТТР в печени
- e. Субъединица PDI проявляет дисульфид изомеразную активность
- f. состоит из двух субъединиц (М и PDI)

**29. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипернатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови

- с. Увеличения артериального давления
- d. Гипонатриемии
- e. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- f. Ренина
- g. Увеличения осмотического давления крови

**30. Верно ли, что сахарный диабет относят к причинам возникновения негазового алкалоза?**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Подготовка к  
первичной специализированной аккредитации. Симуляционный цикл»**

**Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации,  
проверяющих знания и умения в рамках компетенции (УК-1, УК-3, УК-4,  
УК-5, ОПК-9, ОПК-10)**

1. Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач):
  - ж. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции легких; непрямой массаж сердца; режим - 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку
  - з. **непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;**
  - и. непрямой массаж сердца; проведение искусственной вентиляции легких; внутрисердечные инъекции; режим - 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку
  - к. искусственная вентиляция легких; внутрисердечное введение адреналина; непрямой массаж сердца;
  - л. режим - 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку
  - м. непрямой массаж сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ "рот в рот"
2. Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение
  - е. **горизонтальное, на спине с твердой основой**
  - ж. на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру)
  - з. на спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу)
  - и. полусидя с валиком под лопатками
  - к. лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога
3. В преагональном состоянии артериальное давление составляет:
  - а) **60/20 мм рт.ст.**
  - б) 40/0 мм рт.ст.
  - в) не определяется
  - г) 80/40 мм рт.ст.
  - д) 90/45 мм рт.ст.

4. Выполнение коникотомии требуется в случае:

- а) остановки дыхания при электротравме
- б) остановки дыхания при утоплении
- в) отека легких
- г) остановки дыхания вследствие ЧМТ
- д) обтурации верхних дыхательных путей

5. Основными признаками клинической смерти являются:

- А) Нитевидный пульс на сонной артерии
- Б) Расширение зрачков и отсутствие пульса на сонной артерии
- В) Отсутствие пульса на бедренной артерии
- Г) Отсутствие пульса на лучевой артерии

6. Критериями эффективности реанимации являются;

- А) Пульс на сонной артерии во время массажа
- Б) Экскурсии грудной клетки во время массажа
- В) Уменьшение бледности и цианоза, сужение зрачков и пульс на сонной артерии
- Г) Перелом ребер во время массажа

7. Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:

- А) 0,5 мл 0,1 % раствора
- Б) 1,0 мл 0,1% раствора
- В) 3 мл 0,1% раствора
- Г) 5 мл 0,1% раствора

8. При остром инфаркте миокарда чаще всего развивается:

- А) Синусовая брадикардия
- Б) Мерцательная аритмия
- В) Желудочковая экстрасистолия
- Г) Фибрилляция желудочков

9. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- А) Асистолия
- Б) Фибрилляция желудочков
- В) Полная атриовентрикулярная блокада
- Г) Экстремальная синусовая брадикардия

10. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- А) всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- Б) всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- В) запястьями, не сгибая рук в локтях
- Г) запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

11. Глубина коматозного состояния определяется:

- А) По выраженности гемодинамических расстройств
- Б) По степени угнетения сознания
- В) По степени угнетения рефлексов
- Г) По глубине дыхания

12. Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:

- А) Артериальная гипотония

- Б) Артериальная гипертензия
- В) Нарушение ритма сердца
- Г) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- Д) Холодный пот

13. Противопоказанием для применения морфина у больных с отеком легких является:

- А) Отек легких на фоне инфаркта
- Б) Отек легких на фоне гипертонического криза
- В) Отек легких на фоне порока сердца
- Г) Отек легких у больных старческого возраста

14. При астматическом статусе необходимо:

- А) Прекращение контакта с аллергеном, перорально - антигистаминные препараты
- Б) Повторное введение подкожно адреналина 0,1% 0,2 мл и внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл
- В) Внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл, преднизолона 90-120 мг, инфузия 5% глюкозы, ингаляция кислорода
- Г) Внутривенное введение эуфиллина 2,4 % 10-15 мл, эфедрин 5 % 1,0 мл, инфузия физраствора 200 мл

15. Максимальное время, в течение которого может развиваться анафилактический шок составляет:

- А) 3 минуты после введения препарата
- Б) 10 минут после введения препарата
- В) 30 минут после введения препарата
- Г) 1 час после введения препарата

16. Для кетоацидотической комы характерно:

- и. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз
- к. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация
- л. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность
- м. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы

17. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:

- н. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы
- о. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара
- п. 4-5 таблеток глюкозы
- р. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)

88. При лечении больных с зависимостью от бензодиазепинов нецелесообразно: 1. постепенная отмена бензодиазепинов; 2. назначение финлепсина для предупреждения судорожных припадков; 3. проведение длительной терапии ноотропами для коррекции энцефалопатических расстройств; 4. назначение в качестве поддерживающего лечения седативных средств.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. При проведении дезинтоксикации больным зависимостью от психоактивных веществ назначают: 1. ноотропные средства, витамины; 2. магнeзию сернокислую; 3. форсированный диурез; 4. нейролептики.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

21. При состоянии отмены у больных с зависимостью терапия направлена на: 1. коррекцию нарушения сна; 2. купирование адренергического возбуждения; 3. снятие болевого синдрома; 4. купирование диспептических нарушений;

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

22. Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:

- а. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- б. выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- в. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта
- г. поворот пациента на спину, освобождение дыхательных путей

23. Основным признаком коматозного состояния является:

- а. угнетение гемодинамики
- б. угнетение дыхания
- в. угнетение центральной нервной системы
- г. угнетение периферической нервной системы

24. Наиболее частой причиной кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является:

- а. тромбоэмболия легочной артерии
- б. обширный некроз миокарда
- в. разрыв межжелудочковой перегородки
- г. тампонада сердца

25. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- а. асистолия
- б. фибрилляция желудочков
- в. полная атриовентрикулярная блокада
- г. экстремальная синусовая брадикардия

26. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- а. всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- б. всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- в. запястьями, не сгибая рук в локтях
- г. запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

**Критерии оценки тестирования:**



Оценка «отлично» - из 10 предложенных заданий в тестовой форме ординатором даны правильные ответы на все задания,  
 Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,  
 Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;  
 Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

### **Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения факультатива (зачет).**

Промежуточная аттестация по программе «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» проходит в виде двухэтапного зачета:

1 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования.

2 этап – оценка практических навыков и умений на фантомах и муляжах.

### **Примеры типовых контрольных вопросов для проведения первого этапа промежуточной аттестации, проверяющих знания в рамках компетенции.**

<b>№</b>	<b>Контрольные вопросы</b>	<b>Проверяемые компетенции</b>
10.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
11.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
12.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
13.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5

		ОПК-9 ОПК-10
14.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
15.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
16.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
17.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
18.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-10

**Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.**

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
10.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
11.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1 ОПК-10
12.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3

		УК-4 ОПК-10
13.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
14.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1 ОПК-10
15.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
16.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
17.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
18.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10

### Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)

- «зачтено» - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий
- «не зачтено» - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

### КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по факультативу	Оценка
-----------------------	-------------	-------------	---	--------

<p>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 ординатора.</p>	А	100-96	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5 (5+)
<p>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 ординатора.</p>	В	95-91	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5
<p>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 ординатором с помощью преподавателя.</p>	С	90-86	<b>СРЕДНИЙ</b>	4 (4+)
<p>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 ординатором с помощью преподавателя.</p>	С	85-81	<b>СРЕДНИЙ</b>	4
<p>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,</p>	О	80-76	<b>НИЗКИЙ</b>	4 (4-)

исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.				
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 ординатор затрудняется исправить самостоятельно.	Е	75-71	НИЗКИЙ	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Е	70-66	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Е	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (3-)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. 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 ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	Fx	60-41	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	2
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.	F	40-0	НЕ СФОРМИР ОВАНА	2



**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ  
ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К  
ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ.  
СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»**

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа**

<b>№№</b>	<b>Наименование раздела</b>	<b>Содержание самостоятельной работы</b>	<b>Объем в часах</b>
1.	<b>ФТД.2.1 «Экстренная медицинская помощь»</b>		<b>21</b>
	Тема 1. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
2.	<b>ФТД.2.2 Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых</b>		<b>3</b>
	Тема 1. Методика проведения сердечно-легочной реанимации у взрослых	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	<b>ИТОГО:</b>		<b>24 ч</b>

## **Формы контроля выполнения самостоятельной работы:**

- 1) контроль освоения практических навыков на тренажерах и манекенах,
- 2) доклад (сообщение) по избранной теме.

Темы докладов, сообщений даются в контексте тематики конкретного семинарского занятия. Для подготовки доклада, сообщения ординаторам предлагается внеаудиторная работа в библиотеке по избранной теме, работа в электронной информационной базе студента (ЭИОС), образовательном портале и индивидуальные консультации с преподавателем по проблемным и недостаточно понятным вопросам.

## **Требования к оформлению докладов.**

Доклад может быть представлен в визуализационной форме (презентация), либо устно. Выступление должно включать три основные части: введение (отражается план доклада, цель анализа данной проблемы и значение ее решения в теоретическом и практическом планах); содержательная часть (рассматриваются современные представления об особенностях поставленной проблемы в литературе, используемые авторами методы, проводится анализ основных материалов по проблеме, приводятся схемы, графики, рисунки, иллюстрирующие текстовые данные); заключительная часть (подводятся итоги и формулируются вопросы по данной проблеме, которые пока не нашли своего решения в науке).

## **Критерии оценки доклада.**

«5» (отлично) – оценка «отлично» ставится ординатору, показавшему совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрывшему основные положения темы, в докладе которого прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Демонстрируется знание об объекте на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Доклад излагается литературным языком, свободно (не читается) в терминах науки. Активно используется иллюстрационный материал, облегчающий восприятие теоретических данных. Ординатор свободно ориентируется в материале, отвечает



на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

**«4» (хорошо)** – оценка **«хорошо»** ставится ординатору, показавшему умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. При этом ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки, при ответе ординатор пользуется текстом. Доклад сопровождается небольшим количеством иллюстраций. Ординатор ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

**«3» (удовлетворительно)** – оценка **«удовлетворительно»** ставится ординатору, в докладе которого логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допускаются ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Ординатор плохо ориентируется в материале, затрудняется при оформлении ответов на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, формулирует вопросы к аудитории по изложенному материалу в лаконичной форме.

**«2» (неудовлетворительно)** – оценка **«неудовлетворительно»** ставится ординатору, не раскрывшему избранную тему в докладе, не ориентирующегося в материале.