

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 образовательной дисциплины: **Физическая и реабилитационная медицина**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.78 Физическая и реабилитационная медицина**

Квалификация (степень) выпускника: : **врач – физической и реабилитационной медицины**


Кафедра: **Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования**

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Барулин Александр Евгеньевич	Заведующий кафедрой, профессор	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
2.	Курушина Ольга Викторовна	Профессор кафедры	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
3.	Калинченко Богдан Максимович	Ассистент		Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 10 от «29» августа 2024 года

Заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО, д.м.н., доцент  Барулин А.Е.


Рецензенты:

Главный внештатный специалист-невролог Северо-Западного федерального округа РФ, заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова д.м.н., профессор Баранцевич Е. Р.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № д от «22» 10 2024 года

Председатель УМК

 М.М. Королева

Начальник  отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 3 от «22» 10 2024 года

Секретарь Ученого совета  / М.В. Кабытова/

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

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

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.3. Особенности изучения общей заболеваемости4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ... а) 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; б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения; в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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 %</p> <p>5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы: а) исторический; б) статистический; в) экспериментальный; г) экономический; д) социологический; е) все вышеперечисленные</p> <p>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</p> <p>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;</p>
---	--

- 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;

	<p>в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;</p> <p>г) врачебное свидетельство о смерти</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 1.</p> <p>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>Задача № 2.</p> <p>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>Задача № 3.</p> <p>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>Задача № 4.</p> <p>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>Задача №5.</p> <p>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% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	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 Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	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 Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	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.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования
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
ПК	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
	6	1-15	1-15	1-5	1-15
	10	1-15	1-15	1-5	1-15
	11	1-15	1-15	1-5	1-15
	12	1-15	1-15	1-5	1-15

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	Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II Уметь: применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II Знать: теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II			+		
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;			+		
Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 Уметь: толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) -1 Знать: 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	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II Уметь: применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II Знать: 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	Владеть: навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III Знать: отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III			+	+	+
Первый уровень (УК-3) - I Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) - I Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) - I Знать: теоретико- методологические основы педагогики 3 (УК-3) - I			+		
Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - II Уметь: осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - II			+	+	

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

	пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья Знать: 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 Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 от первоисточника)	
	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 и знаков и т. п.)	
	7. Оформление в соответствии с требованиями	

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

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

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти или шести критериям Отлично (5) 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 Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) 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 Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи

<p>Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	<p>4. Собственная позиция</p> <p>5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей</p>
---	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

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

Собеседование

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

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте	A	100–96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5+)

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				
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.	В	95–91		5
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.	С	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.	Д	80-76		4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-	Е	75-71	НИЗКИЙ (ознакомительный)	3 (3+)

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.				
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.	Е	70-66		3 (3-)
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. Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.	Е	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)	9 3 (3-)
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.	Fx	60-41		2

Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций. Компетентность отсутствует.	F	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	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
УК-1	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+	+	+	+	+
УК-3		+	+	+	+	+
ОПК-9	+	+	+	+	+	+

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
- 6) 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 РЕАЛЬНОГО 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, ОПК-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, серопротекция 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 пострадавшим 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. адrenomиметическое;

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 (β^- , β^+) – 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 глубжележащих 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. неврологических 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 3х2 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 ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	

6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	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 Удовлетворительно (3) - четырем критериям	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса

Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	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 ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ОПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	12	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 гемоглобина 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
- Спленоmegалия
- **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 В12-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 В22-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 гемоглинов со сниженным сродством к кислороду:

- P_{O_2} снижено
- P_{O_2} повышено
- **P_{O_2} в норме**
- S_{O_2} увеличено
- **S_{O_2} снижено**
- S_{O_2} в норме
- **Содержание дезоксигемоглибина повышено**
- Содержание гемоглибина снижено
- **Содержание гемоглибина 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 – 380×10^9 /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: Нб-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: Нб – 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 $38,8^{\circ}C$, 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	СОЗ	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
Т-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
Т-хелперы/Т-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
Т-супрессоры/Т-цитотоксические (CD4 ⁺ CD8 ⁺)	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 ⁺ CD56 ⁺)	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
В-лимфоциты (CD3 ⁻ CD 19 ⁺)		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. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерилен.

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 гипозоногенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипозоногенные 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 Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	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

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

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 Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	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, иррадиирущими 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. НП.

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 40,1оС. 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 клиничко-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 разрезов, 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 подколленной 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 астроцитомы). 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 37-38оС. 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 оС. 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 разрезах 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 Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	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 клинко-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 Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	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.)

12.2 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.
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. 2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов. 3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза 4. Современные методы изучения биоптата.
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии. 2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении. 3.Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии. 2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности. 3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита. 4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей. 5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких. 6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

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

Перечень вопросов для устного собеседования:

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

	<p>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 ревматологической 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 ревматолога.</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 ревматологической 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>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии. 2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии. 3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа. 4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа. 5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики. 6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ. 7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение. 8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы. 9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое
---	---

	<p>значение.</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств. 11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре. 12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением. 13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора. 14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов). 15. Дайте определение понятия фармакодинамика. 16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом. 17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры. 18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры. 19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС. 20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия. 21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры. 22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры. 23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры. 24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры. 25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция. 26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры. 27. Укажите факторы риска развития НЛР. 28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР. 29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности. 31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии. 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 антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.
 38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β -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.
 50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.
 51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.
 52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в ревматологии
 53. Специфические антидоты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.
 54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных

	<p>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>Б 1.Б.6.1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u></p> <p>А) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</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>В) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</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>А) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</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 целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.</p> <p>4. <u>К методам фармакоэкономического анализа не относятся:</u></p> <p>А) Метод затраты-эффективность.</p> <p>В) Метод затраты-прибыль.</p> <p>С) Метод затраты-полезность.</p> <p>Д) Метод затраты-выгода</p> <p>5. <u>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :</u></p> <p>А) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на</p>
--	--

- фармакологический ответ больного.
- В) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
 - С) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
 - Д) 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.
- Д) Хромосомные транслокации.

7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:

- А) CYP2D6.**
- В) CYP3A4
- С) CYP2C9
- Д) CYP2C19**

8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :

- А) Иммуноферментного анализа.
- В) Иммунофлюоресцентного анализа.
- С) ПЦР.**
- Д) 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 кровотоки 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 кровотоки из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

- А) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.
- В) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.
- С) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.
- Д) 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-P при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-P:

- 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.**
- D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.

24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

- A) типа А;
- B) типа В;
- C) типа С;**
- D) типа D;
- E) типа E

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- A) пожилой возраст;
- B) тяжелое состояние больного;
- C) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
- D) генетическая предрасположенность;

	<p>Е) все вышеперечисленное</p> <p>26. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u> А) приводящие к смерти; В) требующие госпитализации или ее продления; С) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности); Д) приводящие стойкому снижению трудоспособности; Е) все вышеперечисленное верно.</p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u> А) типа А; В) типа В; С) типа С; Д) типа D; Е) типа Е.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u> А) комплаенсом; В) фармаконадзором; С) фармакоэпидемиологией; Д) фармакоинспекцией.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u> а) диклофенак; б) индометацин; с) целекоксиб; д) ибупрофен;</p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u> а) аспирин; б) лорноксикам; с) целекоксиб; д) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u> А) преднизолон В) метилпреднизолон С) дексаметазон А) Гидрокортизон</p> <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u> А) аспирин; В) нимесулид; С) целекоксиб; Д) лорноксикам;</p> <p>33. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u> а) через 2 суток; б) через 5-7 суток;</p>

- 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. Самолечение 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**

Е) Цефалеперзон.

Ф) Меропенем.

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

А) осельтамивир

В) ганцикловир

С) идоксуридин

Д) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

А) ритонавир

В) арбидол

С) диданозин

Д) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

А) ферон

В) реаферон

С) виллферон

Д) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

А) 75-160 мг/сут.

В) 500-1000 мг/сут.

С) 160-325 мг/сут.

52. Антикоагулянты прямого действия:

А) 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:

- А) пефлоксацин
- В) линкомицин
- С) ровамицин**
- Д) гентамицин
- Е) доксициклин

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

- А) ципрофлоксацин
- В) меропенем**
- С) цефтриаксон
- Д) ванкомицин

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

- А) рекомбинантные α/ γ интерфероны
- В) кагоцел
- С) ингавирин**
- Д) циклоферон

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

- А) арбидол
- В) озельтамивир**

С) фамцикловир

Д) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

А) меньшей токсичностью

В) лучшей биодоступностью

С) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

А) амоксициллин

В) дорипенем

С) цефтаролин

Д) моксифлоксацин

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

А) Азитромицин

В) левомецетин

С) имипенем

Д) амокициллин-клавунат

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

А) 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

	<p>70. <u>Общим обезболиванием является:</u></p> <p>А) вагосимпатическая блокада В) спинальная анестезия С) стволовая анестезия Д) внутривенный наркоз</p> <p>71. <u>При общем обезболивании происходит:</u></p> <p>А) обратимое торможение нервной ЦНС В) необратимое торможение ЦНС С) блокада основного нервного ствола Д) возбуждение ЦНС</p> <p>72. <u>Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:</u></p> <p>А) обморок В) контрактура нижней челюсти С) анафилактический шок Д) коллапс</p> <p>73. <u>Общим осложнением при обезболивании является:</u></p> <p>А) контрактура В) коллапс С) некроз Д) гематома</p> <p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u></p> <p>А) обморок В) гематома С) контрактура Д) кровотечение Е) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u></p> <p>А) внутривенно 1 мл мезатона В) внутримышечно 1 мл норадреналин С) внутримышечно метамезон Д) внутривенно 1 мл атропина</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8. Тест

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

9. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	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 Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	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	2	1,25,26	4,11
	7	1 - 75	1-57
	9	1- 28	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б1.Б.9.1 «Организационно-методическая аспекты физической и реабилитационной медицины»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Возрастные особенности проведения реабилитационных мероприятий2. Двигательные режимы, индивидуальные границы интенсивности применяемых воздействий в процессе медицинской реабилитации3. Должностные обязанности медицинского и иного персонала в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "медицинская реабилитация"4. Закономерности развития и функционирования здорового организма человека в различные возрастные периоды и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека в норме и при развитии патологических процессов5. Индивидуальная программа медицинской реабилитации в процессе медицинской реабилитации, индивидуальная программа реабилитации пациента со стойкими нарушениями функций и структур организма человека, ограничения жизнедеятельности при заболеваниях и (или) состояниях; принципы назначения, преемственность мероприятий по медицинской реабилитации6. Классы и категории нарушений функций, структур организма человека нарушения функций и структур организма человека7. Клиническая картина, особенности течения осложнений основного и сопутствующих заболеваний у пациентов с основными заболеваниями, являющимися причиной развития инвалидности8. Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания9. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях по вопросам проведения медицинской реабилитации10. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам
--	--

оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями или состояниями, в связи с развитием которых проводятся мероприятия по медицинской реабилитации

11. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи пациентам при заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях и сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях
12. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации при основных вариантах нарушений функций и структур организма, ограничений жизнедеятельности
13. Критерии завершения реабилитационных мероприятий и принципы маршрутизации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, для оказания помощи по медицинской реабилитации на последующих этапах или ее завершения
14. Медико-социальная экспертиза нетрудоспособности в Российской Федерации
15. Медицинские показания для направления пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, к специалистам мультидисциплинарных бригад для назначения мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов
16. Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленного нарушениями функций и структур, ограничением жизнедеятельности, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации
17. Медицинские показания для оказания пациентам, имеющим ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека, медицинской помощи в неотложной форме
18. Медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов инструментальной диагностики пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека
19. Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики заболеваний и (или) состояний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
20. Медицинские показания и противопоказания сочетания различных средств, форм и методов медицинской реабилитации пациентов различного профиля, при различном клиническом состоянии пациента
21. Медицинские показания к использованию методов лабораторной диагностики пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека

<p style="text-align: center;">Б1.Б.9.2 «Управление реабилитационным процессом, реабилитационный диагноз и индивидуальная программа медицинской реабилитации»</p>	<p>22.Медицинские показания к направлению пациента, имеющего ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека, к врачам-специалистам</p> <p>23.Международная классификация болезней (далее - МКБ)</p> <p>24.Методика осмотра и обследования пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека</p> <p>25.Методика разработки индивидуальных программ медицинской реабилитации в целях профилактики отклонений в физическом развитии с учетом возраста, влияние заболевания на физическое и психомоторное развитие и функциональный статус человека</p> <p>26.Методика разработки комплекса методов медицинской реабилитации для самостоятельного применения с учетом возраста, заболевания и функционального статуса</p> <p>27.Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей), имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека</p> <p>28.Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности (их законных представителей)</p> <p>29.Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p> <p>30.Методика формулирования реабилитационного диагноза и реабилитационного потенциала</p> <p>31.Методики анализа окружающей среды (дома, в квартире, на рабочем месте, в медицинской организации) пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека</p>
<p style="text-align: center;">Б1.Б.9.3 «Базовые фундаментальные знания (функциональная анатомия, функциональная физиология, нормальная патобиомеханика и др.)»</p>	<p>32.Методики анализа потребности в назначении технических средств реабилитации и ассистивных технологий для пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека</p> <p>33.Методики проведения и алгоритм выбора специальных функциональных проб, тестов и шкал для пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека</p> <p>34.Методы медицинской реабилитации пациентов при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях, сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях</p> <p>35.Методы медицинской реабилитации пациентов с различными заболеваниями или состояниями</p> <p>36.Методы немедикаментозного лечения, применяемые в медицинской реабилитации; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>37.Методы оценки, классификация вариантов нарушений двигательных функций, высших психических функций, психоэмоционального состояния, речи, письма, гигиенических навыков, бытовых навыков и других аспектов функционирования организма человека</p>

	<p>38.Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности</p> <p>39.Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях, сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях</p>
<p><i>Б1.Б.9.4</i> <i>«Диагностика в физической и реабилитационной медицине, принципы исследования нарушения функции, структур и ограничений жизнедеятельности, оценка роли персональных факторов и факторов среды»</i></p>	<p>40.Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при медицинской реабилитации; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>41.МКФ</p> <p>42.Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению</p> <p>43.Общие основы медицинской реабилитации, цели и задачи проведения реабилитационных мероприятий на различных этапах медицинской реабилитации</p> <p>44.Онтогенез функциональной системы движения первых трех лет жизни</p> <p>45.Основные клинические проявления заболеваний и (или) состояний нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и системы крови, приводящие к тяжелым осложнениям и (или) угрожающим жизни, определение тактики ведения пациента с целью их предотвращения</p> <p>46.Основы здорового образа жизни, методы его формирования</p> <p>47.Основы медицинской реабилитации пациентов при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях, сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях</p> <p>48.Основы паллиативной помощи</p> <p>1.</p>
<p><i>Б1.Б.9.5</i> <i>«Диагностика в детской физической и реабилитационной медицине»</i></p>	<p>49.Основы применения логопедической коррекции</p> <p>50.Основы применения социально-бытовой адаптации</p> <p>51.Основы применения ТСР</p> <p>52.Особенности взаимодействия пациента, имеющего ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека, с субъектами и объектами окружающей среды в норме и при развитии различных заболеваний или состояний</p> <p>53.Особенности нарушения функций, активности и участия при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях, проблемах перинатального периода</p> <p>54.Патогенез и саногенез основных заболеваний, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваний, патологических состояний перинатального периода</p> <p>55.Показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов и медицинских изделий в процессе медицинской реабилитации</p> <p>56.Порядки оказания медицинской помощи пациентам по профилям заболеваний и (или) состояний, в связи с развитием которых проводятся мероприятия по медицинской реабилитации</p>

	<p>57.Порядки оказания медицинской помощи при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях и сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях, связанных с проблемами перинатального периода</p> <p>58.Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>59.Порядок оказания детям медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>60Порядок организации медицинской реабилитации</p>
<p>Б1.Б.9.6 «Основные реабилитационные мероприятия во взрослой реабилитации»</p>	<p>61.Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "медицинская реабилитация", в том числе в форме электронного документа</p> <p>62.Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации</p> <p>63.Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"</p> <p>64.Принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи пациентам, имеющим нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, в том числе в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>65.Принципы и методы организации медицинской помощи по медицинской реабилитации</p>
<p>Б1.Б.9.7 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях центральной нервной системы (ЦНС): сосудистые, опухолевые, травматические, воспалительные, дегенеративные состояния головного и спинного мозга»</p>	<p>66.Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности</p> <p>67.Принципы и особенности профилактики возникновения и прогрессирования заболеваний и (или) состояний</p> <p>68.Принципы медицинской реабилитации в различные периоды течения заболеваний и (или) состояний: предоперационный, послеоперационный, острейший, острый, подострый, ранний восстановительный, поздний восстановительный</p> <p>69.Принципы мультидисциплинарной работы в медицинской реабилитации, управление процессом медицинской реабилитации</p> <p>70.Принципы определения преимуществ применения того или иного средства, метода (в том числе медикаментозных средств, кинезотерапии, механотерапии, физиотерапии, робототехники, экзоскелетов, информационных технологий, логотерапии, психологической коррекции, эрготерапии, ТСР) или формы (индивидуальное, групповое занятие, занятие с применением телемедицинских технологий) медицинской реабилитации на различных этапах ее проведения, в различные периоды течения заболеваний и (или) состояний, при устойчивых нарушениях функций и структур организма человека, ограничении жизнедеятельности</p>

<p>Б1.Б.9.8 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы на первом, втором и третьем этапах реабилитации»</p>	<p>71.Принципы потенцирования, кумуляции и угасания эффекта от используемых вмешательств, принципы безопасности проведения различных вмешательств или стимуляций в процессе медицинской реабилитации 72.Развитие когнитивных функций у ребенка первых трех лет жизни 73.Развитие речевых функций у ребенка первых трех лет жизни 74.Реабилитационный потенциал, методы определения реабилитационного потенциала, факторы реабилитационного потенциала, использование реабилитационного потенциала 75.Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических и реабилитационных процедур у пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека, при различных заболеваниях и (или) состояниях</p>
<p>Б1.Б.9.9 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях кардио-респираторной системы и других систем»</p>	<p>76.Система медицинской и социальной реабилитации в Российской Федерации 77.Современные методы клинической и параклинической диагностики нарушений функций, структур организма человека и жизнедеятельности 78.Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности</p>
<p>Б1.Б.9.10 «Онкология в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>79.Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий по медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности</p>
<p>Б1.Б.9.11 «Физиотерапия в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>80.Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов при заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях и сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях, связанных с проблемами перинатального периода</p>
<p>Б1.Б.9.12 «Лечебная физкультура в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>81.Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий по медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности 82.Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов при заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях и сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях, связанных с проблемами перинатального периода 83.Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях, в связи с</p>

	<p>развитием которых проводятся мероприятия по медицинской реабилитации</p> <p>84. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях и сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях</p> <p>85. Теория адаптации, дезадаптации и стресса</p> <p>86. Теория адаптации, теория функциональных систем, теория о типовых патологических процессах, утомление, переутомление, перенапряжение</p> <p>87. ТСП: классификация, правила назначения</p> <p>88. Универсальные и специальные критерии качества оказания помощи по медицинской реабилитации</p> <p>89. Факторы риска при проведении реабилитационных мероприятий; факторы, задерживающие восстановление; факторы, препятствующие восстановлению нарушенных функций и структур, ограничивающих жизнедеятельность пациента</p> <p>90. Физическое развитие ребенка первых трех лет жизни</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p align="center">Б1.Б.9.1 «Организационно-методические аспекты физической и реабилитационной медицины»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Понятие о физической реабилитации. Виды физической реабилитации. Задачи физической реабилитации. 2. Принципы физической реабилитации. 3. Этапы физической реабилитации. 4. Средства физической реабилитации. 5. Особенности метода ЛФК. 6. Клинико-физиологическое обоснование лечебного действия физических упражнений. 7. Механизмы регуляции физиологических функций при воздействии физических средств реабилитации. 8. Основные положительные эффекты физических упражнений. 9. Основные средства ЛФК. 10. Классификация физических упражнений. 11. Способы дозировки физической нагрузки. 12. Формы ЛФК и их характеристика. 13. Периоды ЛФК и соответствующие им режимы двигательной активности. 14. Показания и противопоказания к применению ЛФК. 15. Понятие кинезотерапии, особенности метода кинезотерапии.
<p align="center">Б1.Б.9.2 «Управление реабилитационным процессом, реабилитационный диагноз и индивидуальная программа медицинской реабилитации»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 16. Средства кинезотерапии, классификация физических упражнений. 17. Механизмы и принципы кинезотерапии. 18. Физическая реабилитация при компрессионном переломе позвоночника. 19. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей. 20. Физическая реабилитация при травмах нижних конечностей. 21. Физическая реабилитация при врожденной мышечной кривошее. 22. Физическая реабилитация при дисплазии тазобедренных суставов, врожденном вывихе бедра. 23. Методика физической реабилитации при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника.

	<p>24.Методика физической реабилитации при нарушениях осанки, сколиотической болезни и плоскостопии.</p> <p>25. Физическая реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.</p>
<p>Б1.Б.9.3 «Базовые фундаментальные знания (функциональная анатомия, функциональная физиология, нормальная патофизиология и др.)»</p>	<p>26. Методика физической реабилитации при хронической ишемической болезни сердца, инфаркте миокарда, гипертонической, гипотонической и вегето-сосудистой болезни на стационарном, санаторном и амбулаторном этапах.</p> <p>27. Методика физической реабилитации при врожденных и приобретенных пороках сердца.</p> <p>28. Методика физической реабилитации при артериальной недостаточности и варикозном расширении вен нижних конечностей.</p> <p>29. Методика физической реабилитации при заболеваниях органов дыхания: бронхите, пневмонии, бронхоэктатической болезни, бронхиальной астме.</p> <p>30. Дыхательная гимнастика Стрельниковой, Толкачева, Бутейко, Стрельцовой.</p>
<p>Б1.Б.9.4 «Диагностика в физической и реабилитационной медицине, принципы исследования нарушения функции, структур и ограничений жизнедеятельности, оценка роли персональных факторов и факторов среды»</p>	<p>31.Методика разработки индивидуальных программ медицинской реабилитации в целях профилактики отклонений в физическом развитии с учетом возраста, влияние заболевания на физическое и психомоторное развитие и функциональный статус человека</p> <p>32.Методика разработки комплекса методов медицинской реабилитации для самостоятельного применения с учетом возраста, заболевания и функционального статуса</p> <p>33.Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей), имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека</p> <p>34.Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности (их законных представителей)</p> <p>35.Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p>
<p>Б1.Б.9.5 «Диагностика в детской физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>36.Методика формулирования реабилитационного диагноза и реабилитационного потенциала</p> <p>37.Методики анализа окружающей среды (дома, в квартире, на рабочем месте, в медицинской организации) пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека</p> <p>38.Показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов и медицинских изделий в процессе медицинской реабилитации</p> <p>39.Порядки оказания медицинской помощи пациентам по профилям заболеваний и (или) состояний, в связи с развитием которых проводятся мероприятия по медицинской реабилитации</p> <p>40.Порядки оказания медицинской помощи при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях и сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях, связанных с проблемами</p>

	перинатального периода
Б1.Б.9.6 «Основные реабилитационные мероприятия во взрослой реабилитации»	<p>41.Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>42.Порядок оказания детям медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>43.Порядок организации медицинской реабилитации</p> <p>44.Цели и задачи реабилитации.</p> <p>45.Принципы и этапы реабилитационных мероприятий.</p> <p>46.Формы организации восстановительной терапии.</p> <p>47.Программа медицинской реабилитации пациента.</p> <p>48.Роль медицинской сестры в реабилитации.</p> <p>49.Медицинский аспект реабилитации. Определение понятия, формы, место в общей системе восстановительного лечения.</p> <p>50.Физический аспект реабилитации. Определение понятия, формы, роль на различных этапах восстановительного лечения</p>
Б1.Б.9.7 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях центральной нервной системы (ЦНС): сосудистые, опухолевые, травматические, воспалительные, дегенеративные состояния головного и спинного мозга»	<p>51.Стационарный этап реабилитации: цели, задачи.</p> <p>52.Послебольничный или поликлинический этап реабилитации:формы и место проведения реабилитации, цели, задачи.</p> <p>53.Физическая реабилитация при компрессионном переломе позвоночника.</p> <p>54. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей.</p> <p>55. Физическая реабилитация при травмах нижних конечностей.</p> <p>56. Физическая реабилитация при врожденной мышечной кривошее.</p> <p>57. Физическая реабилитация при дисплазии тазобедренных суставов, врожденном вывихе бедра.</p> <p>58.Физическая реабилитация при остеохондропатиях.</p> <p>59.Физическая реабилитация при гинекологических заболеваниях.</p> <p>60.Физическая реабилитация при инсульте</p>
Б1.Б.9.8 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы на первом, втором и третьем этапах реабилитации»	<p>1.Основы применения логопедической коррекции</p> <p>2.Основы применения социально-бытовой адаптации</p> <p>3.Основы применения ТСР</p> <p>4.Особенности взаимодействия пациента, имеющего ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека, с субъектами и объектами окружающей среды в норме и при развитии различных заболеваний или состояний</p> <p>5.Особенности нарушения функций, активности и участия при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях, проблемах перинатального периода</p> <p>6.Патогенез и саногенез основных заболеваний, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваний, патологических состояний перинатального периода</p> <p>7.Показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов и медицинских изделий в процессе медицинской</p>

	<p>реабилитации</p> <p>8.Порядки оказания медицинской помощи пациентам по профилям заболеваний и (или) состояний, в связи с развитием которых проводятся мероприятия по медицинской реабилитации</p> <p>9.Порядки оказания медицинской помощи при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях и сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях, связанных с проблемами перинатального периода</p> <p>10.Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>11.Порядок оказания детям медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>12.Порядок организации медицинской реабилитации</p>
<p>Б1.Б.9.9 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях кардио-респираторной системы и других систем»</p>	<p>13.Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "медицинская реабилитация", в том числе в форме электронного документа</p> <p>14.Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации</p> <p>15.Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"</p> <p>16.Принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи пациентам, имеющим нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, в том числе в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>17.Принципы и методы организации медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>18.Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности</p> <p>19.Принципы и особенности профилактики возникновения и прогрессирования заболеваний и (или) состояний</p> <p>20.Принципы медицинской реабилитации в различные периоды течения заболеваний и (или) состояний: предоперационный, послеоперационный, острейший, острый, подострый, ранний восстановительный, поздний восстановительный</p>
<p>Б1.Б.9.10 «Онкология в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>1. Реабилитационные мероприятия при повреждениях периферической нервной системы, заболеваниях спинного и головного мозга.</p> <p>2. Общие принципы реабилитации больных с патологией центральной и периферической нервной системы. Специфические методы реабилитации.</p> <p>3. Реабилитация больных, перенесших инсульт.</p> <p>4. Реабилитация больных с нарушениями и дефектами осанки: сколиозы, лордозы, кифозы; плоскостопие.</p> <p>5. Реабилитация больных с остеохондрозом.</p> <p>6.Определение физиотерапии.</p> <p>7.Роль и место физиотерапии в системе комплексной реабилитации.</p>

	<p>8.Классификация физических факторов. 9.Действие физических факторов на организм. 10.Преимущества физиотерапевтических процедур по сравнению с фармакотерапией.</p>
<p>Б1.Б.9.11 «Физиотерапия в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>Методы реабилитации. 2. Этапы реабилитации. 3. Цель социально-трудовой реабилитация. 4. Предикторы снижения качества жизни онкологических пациентов. 5. Этапы оказания психологической помощи. 6. Органосохраняющие операции в онкологии (маммологии). 7. Патофизиологические этапы боли. 8. Принципы купирования боли у онкологических пациентов. 9. Методы купирования боли у онкологических пациентов. 10. Шкалы оценки интенсивности боли. 11. Интервенционные методы лечения боли у онкологических больных. 12. Кардиотоксичные химиопрепараты. 13. Методы снижения токсичности химиопрепаратов. 14. Лучевой пневмонит. 15.Основные принципы лечения фибриллярной нейтропении. 16. Гемостимулирующая терапия. 17. Лечение мукозов слизистой полости рта и ЖКТ. 18. Принципы антиэметической терапии. 19. Расчет потребности онкологического пациента в энергии и белке. 20. Ингредиенты нутритивной поддержки</p>
<p>Б1.Б.9.12 «Лечебная физкультура в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>Организация врачебно-физкультурной службы в РФ. Врачебно-физкультурные диспансеры - центры организационно-методической работы по медицинскому обеспечению занимающихся физкультурой и спортом. 2. Основные принципы использования средств физической культуры в профилактике и лечении заболеваний, а также в комплексной медицинской и социальной реабилитации больных. 3. Место лечебной физкультуры в этапной медицинской реабилитации (стационар, поликлиника, восстановительный центр, санаторий, группа здоровья). 4. Комплексная оценка данных антропометрии, соматоскопии и состояния здоровья с составлением заключения по физическому развитию и по коррекции выявленных нарушений. 5. Вопросы организации лечебной физкультуры в стационаре, поликлинике, санатории и на курорте. 6. Взаимосвязь лечебной физкультуры с другими методами лечения: медикаментозным, оперативным, физиотерапевтическим, бальнеотерапевтическим, а также с другими немедикаментозными методами терапии. 7. Соматоскопия: морфологические особенности организма и типы телосложения. 8. Самоконтроль спортсмена. Задачи и содержание. Ведение дневника самоконтроля. Использование в самоконтроле простейших количественных показателей (ЧСС, ЧД, ЖЕЛ, массы тела). Анализ данных дневника. 9. Понятие о максимальной вентиляции легких. Легочная</p>

	<p>вентиляция у спортсменов в покое и при физической нагрузке.</p> <p>10. Характеристика функционального состояния организма спортсмена. Влияние физической тренировки на кардиореспираторную систему, систему транспорта кислорода, обменные процессы, центральную нервную систему.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б1.Б.9.1 «<i>Организационно-методические аспекты физической и реабилитационной медицины</i>»</p>	<p>1. Медицинская этика - это:</p> <p>а) Специфическое проявление общей этики в деятельности врача</p> <p>б) Наука, помогающая повысить профессиональный уровень врача;</p> <p>в) Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников</p> <p>г) Наука, изучающая принципы оценки эффективности лечения.</p> <p>д) Наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств</p> <p>е) Верно б, д, в.</p> <p>ж) Верно а, б, в.</p> <p>2. Заболеваемость населения определяет:</p> <p>а) Количество вновь возникших заболеваний</p> <p>б) Совокупность вновь возникших в данном году заболеваний</p> <p>в) Общее количество обращений в данном году</p> <p>г) Распространённость заболеваний в данном году</p> <p>д) Количество посещений в данном году</p> <p>е) Все перечисленное верно.</p> <p>3. Что для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования являются основой:</p> <p>а) Объем финансовых средств</p> <p>б) Базовая программа ОМС;</p> <p>в) Перечень медицинских учреждений, участвующих в ОМС;</p> <p>г) Численность и состав населения территории;</p> <p>д) Показатели объема медицинской помощи населению;</p> <p>е) Все перечисленное верно.</p>
--	--

4. Международная классификация болезней - это:
- а) Перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.
 - б) Перечень наименований болезней в определенном порядке;
 - в) Система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;
 - г) Перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;
 - д) Перечень диагнозов в определенном порядке;
 - е) Верно г, д.
 - ж) Верно а, б, в.**
5. Выберите основные задачи здравоохранения на современном этапе:
- а) Развитие многоканальности финансирования;
 - б) Увеличение кадрового потенциала;
 - в) Недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи;
 - г) Формирование правовой базы реформ отрасли.
 - д) Сохранение общественного сектора здравоохранения;
 - е) Все перечисленное верно**
6. В стационарных условиях отделений рефлексотерапия применяется везде кроме:
- а) Неврологического.
 - б) Рентгенологического.
 - в) Терапевтического.
 - г) Ортопедического.**
 - д) Анестезиологического.
7. После успешного прохождения аккредитации что выдается медицинскому учреждению:
- а) Диплом
 - б) Разрешение
 - в) Свидетельство
 - г) Сертификат**
 - д) Лицензия
8. Заведующий отделением в области экспертизы нетрудоспособности выполняет следующие функции:
- а) Контроль за проведением экспертизы

	<p>трудоспособности врачами отделения</p> <p>б) Решение сложных и консультативных вопросов нетрудоспособности</p> <p>в) Освобождение от занятий студентов на срок свыше 2-х месяцев</p> <p>г) Продление больничного листа на срок свыше 10 дней</p> <p>д) Установление факта стойкой нетрудоспособности</p> <p>е) Все перечисленное верно.</p> <p>9. Основными звеньями первичной профилактики являются все перечисленные, кроме:</p> <p>а) Увеличения врачебных кадров.</p> <p>б) Формирования здорового образа жизни у населения.</p> <p>в) Диспансерного наблюдения за больными.</p> <p>г) Диспансерного наблюдения за здоровыми людьми.</p> <p>д) Создания здоровых условий жизни.</p> <p>10. Применять мануальную терапию можно при следующих степенях функциональной блокады /по К. Левиту/:</p> <p>а) 1 степени;</p> <p>б) 2 степени;</p> <p>в) 3 степени;</p> <p>г) 4 степени;</p> <p>д) Верно а,б,в.</p>
<p>Б1.Б.9.2 <i>«Управление реабилитационным процессом, реабилитационный диагноз и индивидуальная программа медицинской реабилитации»</i></p>	<p>11. К ФБ в ПДС приводит</p> <p>а) миофиксация</p> <p>б) разрастание костной ткани</p> <p>в) грыжа межпозвонкового диска</p> <p>г) ЛГМ</p> <p>12. К экстензорам бедренного сустава относятся:</p> <p>а) Большая ягодичная мышца, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;</p> <p>б) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, полуперепончатая мышца;</p> <p>в) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, трехглавая мышца голени;</p> <p>г) Большая ягодичная мышца, короткая головка двуглавой мышцы бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;</p> <p>д) Все перечисленное.</p>

13. При выяснении причины головной боли необходимо дифференцировать между собой:
- а) Опухоль головного мозга;
 - б) Цервикогенные головные боли;
 - в) Интоксикационные головные боли;
 - г) Тригеминальная невралгия;
 - д) **Все верно.**
15. Показаниями для мануальной терапии являются:
- а) Цервикалгии;
 - б) Интеркапсулярная дорсалгия;
 - в) **Хронические люмбалгии с наличием функциональных блоков;**
 - г) Функциональная блокада 1 степени;
 - д) Сколиоз.
16. Полуперепончатая мышца:
- а) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
 - б) Сгибает бедро и выпрямляет туловище;
 - в) **Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;**
 - г) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее кнаружи;
 - д) Всё перечисленное.
17. Латентная миофасциальная триггерная точка это:
- а) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки
 - б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения
 - в) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжё скелетной мышцы, активизирующийся при перегрузке, но не активизирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце
 - г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области
 - д) **фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации**

	<p>18. В каких мышцах наиболее часто встречаются триггерные пункты</p> <p>а) в расслабленных б) в укороченных в) в укороченных и в расслабленных одинаково часто</p> <p>19. ФБ это</p> <p>а) обратимое ограничение в ПДС б) необратимое ограничение в ПДС в) первое и второе утверждения верны</p>
<p>Б1.Б.9.3 «Базовые фундаментальные знания (функциональная анатомия, функциональная физиология, нормальная патобиомеханика и др.)»</p>	<p>20. Для ЛГМ характерно</p> <p>а) повышенный угол движения в ПДС б) обычно находится выше или ниже ФБ в) синдром соскальзывания г) все вышеперечисленное верно</p> <p>21. При максимальном наклоне вперёд, увеличение расстояния С7-S1 считается нормальным:</p> <p>а) 1-2 см; б) 3-5 см; в) 5-7 см; г) 8-10 см; д) 10-12 см.</p> <p>22. Оптимальное время напряжения при выполнении постизометрической релаксации:</p> <p>а) Не имеет значения; б) 10 секунд; в) 20 секунд; г) 30 секунд; д) 40 секунд.</p> <p>23. В диагностике дисфункций таза ключевым тестом является</p> <p>а) жилетт-тест б) флексионный тест в) спайн-тест г) все вышеперечисленное верно</p> <p>24. Осложнения при проведении МТ недостаточно подготовленным врачом обусловлены:</p> <p>а) Чрезмерным усилием, прилагаемым врачом; б) Недостаточным усилием; в) Незнанием определённой техники мобилизации и манипуляции; г) Неправильным выполнением техники мобилизации</p>

	<p>и манипуляции; д) Всё вышеперечисленное</p> <p>25. Что предшествует ПН а) пассивное движение б) активное движение в) игра суставов г) пружинящее сопротивление</p> <p>26. Ведущими рентгенологическими признаками при ревматоидном артрите являются: а) Околосуставной эпифизарный остеопороз; б) Сужение суставной щели; в) Краевые эрозии (узур); г) Всё перечисленное верно;</p> <p>27. К ПБМИ относят а) ФБ, ЛГМ, РЦДМ б) ФБ, ЛГМ, РЦДМ, НОДС, УРМ в) ФБ, ЛГМ, НОДС, АЛП</p> <p>28. В мануальной терапии обозначается термином "артрон": а) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с телами соседних позвонков; б) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с нервной системой; в) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с мышечной системой; г) Взаимосвязь интерverteбрального сустава со связочным аппаратом; д) Все перечисленное.</p>
<p>Б1.Б.9.4 <i>«Диагностика в физической и реабилитационной медицине, принципы исследования нарушения функции, структур и ограничений жизнедеятельности, оценка роли персональных факторов и факторов среды»</i></p>	<p>29. Разгибание в поясничном отделе позвоночника в норме возможно на: а) 20-30 градусов б) 30-35 градусов в) 40-60 градусов г) 100- 110 градусов; д) 110- 120 градусов.</p> <p>30. При изометрическом напряжении а) происходит движение в суставе б) точки прикрепления остаются на месте в) движения в суставе нет г) верно б) и в)</p>

31. Трапецевидная мышца:

- а) Поднимает и опускает лопатку;
- б) Поднимает лопатку;
- в) Опускает лопатку;
- г) Поднимает и опускает лопатку, приближает ее к позвоночному столбу;**
- д) Все перечисленное;

32. В понятие МФР входит

- а) давление
- б) тракция
- в) скручивание
- г) все вышеперечисленное**

33. Функциональная единица позвоночника

- а) позвонок
- б) два смежных позвонка
- в) ПДС**

34. Наиболее правильная последовательность приемов лечения мануального терапевта:

- а) Мобилизация, манипуляция;
- б) Манипуляция, мобилизация;
- в) Манипуляция, мобилизация, ПИР;
- г) Манипуляция;
- д) ПИР, мобилизация, манипуляция.**

35. Показаниями для проведения мануальной терапии являются:

- а) Грыжа Шморля;
- б) Объемные образования спинного мозга;
- в) Неврологические проявления остеохондроза;**
- г) Болезнь Бехтерева;
- д) Болезнь Бострупа

36. Метод растирания применяется при следующих функциональных состояниях мышечной сферы:

- а) При умеренно расслабленных мышцах;
- б) При резко расслабленных мышцах;
- в) При резко спазмированных мышцах;
- г) При хронически спазмированных мышцах;
- д) Всё перечисленное верно.**

37. К рентгенологическим признакам гормональной спондилострофии относятся:

	<p>а) Снижение высоты тел позвонков; б) "Прозрачность" тел позвонков; в) Грыжи Шморля; г) "Рыбьи" позвонки; д) Всё вышеперечисленное.</p>
<p>Б1.Б.9.5 «Диагностика в детской физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>38. В мануальной рефлексотерапии обозначается термином "вертеброн": а) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с дисками; б) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с нервной системой; в) Взаимосвязь интерverteбрального сустава со связочным аппаратом; г) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с мышечным аппаратом; д) Всё перечисленное верно.</p> <p>39. При исследовании "игры суставов" фиксируют: а) Фиксируют дистальную кость; б) Фиксируют проксимальную и дистальную кости одновременно в) Проксимальную кость, относящуюся к исследуемому суставу; г) Фиксация не имеет значения; д) Все вышеперечисленное.</p> <p>40. Боковые наклоны во фронтальной плоскости в поясничном отделе позвоночника возможны в норме на: а) 20-30 градусов; б) 30-35 градусов; в) 40-60 градусов; г) 100- 110 градусов; д) 110- 120градусов</p> <p>41. Высота стола для мануальной рефлексотерапии должна достигать следующего уровня опущенных рук врача: а) Уровня плеча; б) Уровня предплечья; в) Уровня лучезапястного сустава; г) Уровня 1 фалангового сочленения; д) Уровня кончиков пальцев рук.</p> <p>42. Двигательным позвоночным сегментом называют:</p>

	<p>а) Шейный отдел позвоночника; б) Грудной отдел позвоночника; в) Поясничный отдел позвоночника; г) Два смежных позвонка и диск между ними; д) Сегмент спинного мозга.</p> <p>43. К типичным рентгенологическим признакам остеохондроза позвоночника относятся: а) Сужение межпозвонковой щели; б) Образование остеофитов; в) Субхондральный склероз; г) Грыжи Шморля; д) Всё перечисленное верно.</p> <p>44. Объем и направление движений по плоскостям в поясничном отделе позвоночника представляет: а) Боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание; б) Вращение, боковое сгибание, сгибание вперед, движения в передне-заднем и латеро-латеральном направлениях; в) Вращение, боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание; г) Боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание, движения в передне-заднем и латеролатеральном направлениях; д) Все перечисленное.</p>
<p>Б1.Б.9.6 «Основные реабилитационные мероприятия во взрослой реабилитации»</p>	<p>45. Сателлитная миофасциальная триггерная точка это: а) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжё скелетной мышцы, активирующийся при перегрузке, но не активирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения в) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области д) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в</p>

зоне отраженной боли от другой триггерной точки

46. Нейрофизиологические принципы МЭТ

а) реципрокное торможение

б) ПИР

в) ПИР, реципрокное торможение

47. Трехглавая мышца голени осуществляет:

а) Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;

б) Подошвенное сгибание стопы и сгибание голени в коленном суставе, при фиксированной стопе тянет голень и бедро назад;

в) Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;

г) Подошвенное, боковое кнутри и кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;

д) Всё перечисленное.

48. Манипуляционная техника при применении метода ритмического вытяжения руками должна проводиться в плоскости:

а) В строго горизонтальной плоскости;

б) Под углом 15 градусов к горизонтальной плоскости;

в) Под углом 30 градусов к горизонтальной плоскости;

г) Под углом 50 градусов к горизонтальной плоскости;

д) Строго в плоскости сгибания.

49. Больному с косым тазом применять мануальную терапию:

а) Нельзя;

б) Можно;

в) Относительно показано;

г) Возможно после применения ортопедических мероприятий;

д) Всё перечисленное верно.

50. Для УМ характерно

а) пониженный тонус

б) точки прикрепления удалены друг от друга

в) повышенный тонус

г) гипермобильность обслуживаемого этой мышцей сустава

51. Спинальный центр парасимпатической иннервации

	<p>мочевого пузыря находится в сегментах: а) С7-Th1. б) S1-S3; в) L5-S1; г) S3-S5; д) С6-С7;</p> <p>52. Общая теория функциональных систем включает следующие положения: а) Иерархия функциональных систем; б) Саморегуляция общий принцип организации функционалы-систем; в) Наличие обратных связей; г) Всё перечисленное верно д) Многосвязное взаимодействие различных функциональных систем по конечным результатам;</p> <p>53. Уровень С1-С2 двигательного позвоночного сегмента соответствует: а) Нижнему краю щитовидного хряща; б) Мочке уха; в) Середине расстояния между углом нижней челюсти и верхним краем щитовидного хряща; г) Углу нижней челюсти; д) Наружному слуховому проходу.</p> <p>54. Кровоснабжение переднего рога, серой спайки, основания заднего рога и прилегающих к ним участков-передних боковых канатиков осуществляется: а) Перимедулярной капиллярной сетью; б) Из передних радикуло-медулярных артерий; в) Из боковых радикуло-медулярных артерий; г) Из задних радикуло-медулярных артерий; д) Все перечисленное.</p>
<p>Б1.Б.9.7 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях центральной нервной системы (ЦНС): сосудистые, опухолевые, травматические, воспалительные,</p>	<p>55. Количество позвоночно-двигательных сегментов составляет: а) 21; б) 20; в) 23; г) 22; д) 24.</p> <p>56. Тормозным действием обладает:</p>

<p><i>дегенеративные состояния головного и спинного мозга»</i></p>	<p>а) Альфа-мотонейрон; б) Нейрон спинномозгового ганглия в) Клетка Реншоу; г) Гамма-мотонейрон. д) Клетка Беца;</p> <p>57. Основными составляющими студенистого ядра является: а) фибробласты; б) коллагеновые волокна; в) хондроциты; г) Основное вещество. д) Всё перечисленное ниже верно;</p> <p>58. Сосцевидный отросток находится на верхних суставных отростках поясничных позвонков: а) На втором; б) На четвертом; в) На первом; г) На третьем; д) На всех перечисленных.</p> <p>59. В норме таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси: а) 35-50 градусов; б) 25 - 30 градусов. в) 15-30 градусов; г) 20 -25 градусов; д) 50 - 70 градусов;</p> <p>60. Студенистое ядро в шейном отделе позвоночника находится: а) Может находиться ближе кпереди и кзади; б) В центре; в) Ближе кзади; г) Ближе кпереди; д) Всё перечисленное.</p> <p>61. Лимбическая система: а) Участвует в формировании эмоций; б) Осуществляет температурную регуляцию; в) Регулирует цикл сон-бодрствование; г) Участвует в формировании мотиваций; д) Всё перечисленное верно.</p> <p>62. Венозный отток в позвоночнике осуществляется:</p>
--	--

	<p>а) 4-мя продольными венами; б) 6-ю продольными венами; в) 8-ю продольными венами; г) 5-ю продольными венами; д) Все перечисленное.</p> <p>63. Спинной мозг в позвоночном канале заканчивается на уровне: а) L2-L3; б) L1-L2; в) L3-L4; г) L4-L5; д) L5-S1.</p> <p>64. Особенностью шейных позвонков от С3 до С7 является наличие: а) унковертебральных сочленений; б) в сегменте С2-С3 поверхности дугоотростчатых суставов находятся под углом в 70 градусов; в) поверхности дугоотростчатых суставов средних и нижних шейных позвонков находятся под углом в 45 градусов по отношению к горизонтальной плоскости; г) всё вышеперечисленное верно.</p>
<p>Б1.Б.9.8 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы на первом, втором и третьем этапах реабилитации»</p>	<p>65. Критические зоны кровоснабжения спинного мозга находятся: а) На уровне 7 шейного и 7 —10 грудного позвонков; б) На уровне 7 шейного, 4-8 грудного и 1 поясничного позвонков; в) На уровне 2 —3 шейного, 4 грудного и 1 поясничного позвонка; г) На уровне атлантоокципитального сочленения, 7 грудного и 1 поясничного позвонков; д) Все перечисленное.</p> <p>66. Количество воды в живой кости составляет: а) 50%; б) 30%; в) 70%; г) 40%; д) 60%;</p> <p>67. Для слабого тормозного типа высшей нервной деятельности характерны: а) Быстрая адаптация в новых условиях; б) Трудная адаптация к новым условиям;</p>

- в) Быстрая реакция на окружающее;
- г) Предпочтение монотонной работы;
- д) Правильно В и Г.

68. К связочному аппарату позвоночника относится:

- а) Боковая связка;
- б) Передняя продольная связка;
- в) Желтая связка;
- г) Задняя продольная связка;
- д) **Всё перечисленное.**

69. В норме ширина суставной щели коленного сустава составляет:

- а) 8-12 мм;
- б) 2-4 мм;
- в) **4-8 мм;**
- г) 12-14 мм;
- д) Всё перечисленное верно.

70. Эмоциональные расстройства развиваются при патологии:

- а) Бледного шара;
- б) Лимбических структур и коры мозга;
- в) Мозжечка;
- г) Спинного мозга;
- д) **При всех перечисленных.**

71. В норме ширина суставной щели тазобедренного сустава составляет:

- а) 2-4 мм;
- б) 8-12 мм;
- в) **4-5 мм;**
- г) 12-14 мм;
- д) Всё перечисленное верно

72. Каждая серая соединительная ветвь пограничного ствола симпатической нервной системы содержит:

- а) **Безмякотные нервные волокна;**
- б) Мякотные нервные волокна;
- в) Мякотные и безмякотные нервные волокна;
- г) Преганглионарные нервные волокна;
- д) Все перечисленное.

73. По полной реберной ямке имеется на следующих грудных позвонках:

- а) На 11 и 12;

	<p>б) На 2; в) На 9 и 10; г) На 4 и 5; д) На всех перечисленных.</p>
<p>Б1.Б.9.9 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях кардио- респираторной системы и других систем»</p>	<p>74. Вегетативная нервная система обеспечивает: а) Трофотропную функцию; б) Интеграцию трофотропной и эрготропной функций в) Эрготропную функцию; г) Всё перечисленное верно.</p> <p>75. Суставные отростки в поясничном отделе позвоночника расположены: а) Фронтально б) Горизонтально; в) Сагитально; г) Вертикально; д) Все перечисленное.</p> <p>76. Особенности лимфокапилляров являются: а) Боковые выпячивания; б) Большой диаметр (от 0,01 до 0,2 мм); в) Отсутствие мышечной стенки; г) Неровный контур стенки; д) Всё перечисленное верно.</p> <p>77. Артерия Адамкевича — это: а) Передняя спинальная артерия; б) Корешково-спинальная артерия шейного утолщения; в) Межреберная артерия; г) Корешково-спинальная артерия поясничного утолщения; д) Задняя спинальная артерия.</p> <p>78. К типам высшей нервной деятельности (по И. П. Павлову) относятся: а) Тормозной сильный; б) Возбудимый слабый; в) Тормозной слабый; г) Возбудимый сильный; д) Все перечисленные.</p> <p>79. Суставные поверхности в среднем и нижнем шейном отделах позвоночника образуют с телом</p>

	<p>позвонках по отношению к горизонтали:</p> <p>а) Угол 60 градусов; б) Угол 30 градусов; в) Угол 48 градусов; г) Угол 90 градусов; д) Все перечисленное.</p> <p>80. Возбуждающим действием на нейроны обладают:</p> <p>а) Пируватдегидрогеназа; б) Глутамин; в) Гаммааминомасляная кислота; г) Аспартат. д) Серотонин;</p> <p>81. В венах спинного мозга:</p> <p>а) Клапаны имеют двухстворчатую форму; б) Клапаны имеют полулунную форму; в) Клапаны имеют трехстворчатую форму; г) Нет венозных клапанов; д) Клапаны имеют четырехстворчатую форму.</p> <p>82. Высокий ассимилированный таз имеет наклон диска L5-S1 по отношению к горизонтальной оси:</p> <p>а) 50-70 градусов; б) 35-50 градусов; в) 15-30 градусов; г) 25 — 30 градусов. д) 20 —25 градусов;</p>
<p>Б1.Б.9.10 «Онкология в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>83. Шейная часть симпатического нервного ствола располагается:</p> <p>а) На поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы шеи; б) На поверхности длинной мышцы шеи; в) Позади сосудисто-нервного пучка шеи на поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы шеи; г) Позади сосудисто-нервного пучка шеи; д) Все перечисленное.</p> <p>84. Наибольшее физиологическое сужение позвоночного канала располагается на уровне:</p> <p>а) С2; б) С6; в) С3;</p>

г) С7.

д) С4;

85. Лимфатические капилляры отсутствуют в:

а) Головном и спинном мозге;

б) Селезёнке;

в) Дерме;

г) Лёгких.

д) Печени;

86. Артерия Адамкевича входит в позвоночный канал чаще:

а) Слева;

б) Посредине;

в) Сзади;

г) Справа;

д) Все перечисленное верно.

87. Экстрапирамидная система включает:

а) Чёрную субстанцию;

б) Голубое пятно;

в) Мозжечок;

г) Красные ядра;

д) Всё перечисленное верно.

88. Ветви поясничного сплетения иннервируют

а) Грушевидную мышцу;

б) Подвздошную мышцу;

в) Кожа медиальной поверхности и внутреннюю капсулу коленного сустава;

г) Большую и малую поясничную мышцу;

д) Верно А,Б,В.

89. Венозный отток спинного мозга осуществляется:

а) 5 продольными венами;

б) 4 продольными венами;

в) 6 продольными венами;

г) 3 продольными венами;

д) Все перечисленное.

90. Наружная запирающая мышца:

а) Выпрямляет бедро;

б) Поворачивает бедро наружи;

в) Сгибает бедро;

г) Поворачивает бедро кнутри;

д) Отводит бедро.

	<p>91. Межпозвонковые диски: а) Не имеют кровеносных сосудов; б) Кровоснабжаются из передних и задних радикуло-медулярных артерий; в) Кровоснабжаются из задних радикуло-медулярных артерий; г) Кровоснабжаются из перимедулярной капиллярной сети; д) Все перечисленное.</p>
<p>Б1.Б.9.11 «Физиотерапия в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>92. Горизонтальный таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси: а) 35-50 градусов; б) 20 -25 градусов; в) 50-70 градусов; г) 15-30 градусов; д) 25 - 30 градусов.</p> <p>93. В норме ширина позвоночного канала, на шейном уровне составляет: а) от 8 мм до 12мм; б) от 14 мм и больше; в) от 6 мм до 8 мм; г) от 10 мм до 12мм; д) Всё перечисленное верно.</p> <p>94. Позвонки сочленяются друг с другом с помощью соединений: а) Синостозов б) Хрящевых; в) Истинных суставов; г) Соединительнотканых; д) Всё перечисленное верно.</p> <p>95. Выстояние зуба С2 выше линии Чемберлена в норме возможно на: а) 4 мм; б) 8 мм; в) 6 мм; г) всё выше перечисленное верно.</p> <p>96. Суставные отростки в грудном отделе позвоночника расположены: а) Фронтально; б) Горизонтально;</p>

	<p>в) Вертикально; г) Сагитально; д) Все перечисленное.</p> <p>97. Количество позвонков у человека составляет: а) 3030; б) 33-34; в) 31; г) 35. д) 32;</p> <p>98. Мышечные ветви плечевого сплетения иннервируют: а) Подключичную мышцу; б) Длинную мышцу шеи; в) Большую грудную мышцу; г) Переднюю лестничную мышцу; д) Всё перечисленное верно.</p> <p>99. В поясничной области межпозвонковые диски составляют: а) 1/5 длины; б) 1/4 длины; в) 1/3 длины; г) 1/10 длины. д) 1/2 длины;</p> <p>100. Крестцово-подвздошные межкостные связки: а) Прикрепляются своими концами к подвздошной и крестцовой бугристым; б) К затылочной поверхности крестца в области 17 крестцового позвонка; в) К латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 2 — 3 крестцовых отверстий; г) К латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 1-3 крестцовых отверстий; д) Все перечисленное.</p>
<p>Б1.Б.9.12 <i>«Лечебная физкультура в физической и реабилитационной медицине»</i></p>	<p>101.УРОВЕНЬ С1-С2 ДВИГАТЕЛЬНОГО ПОЗВОНОЧНОГО СЕГМЕНТА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <p>а) Нижнему краю щитовидного хряща;</p>

- б) Мочке уха;
- в) Середине расстояния между углом нижней челюсти и верхним краем щитовидного хряща;
- г) Углу нижней челюсти;

103. КОЛИЧЕСТВО ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 21;
- б) 20;
- в) **23;**
- г) 22;

104. ТОРМОЗНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ:

- а) **Альфа-мотонейрон;**
- б) Нейрон спинномозгового ганглия
- в) Клетка Реншоу;
- г) Гамма-мотонейрон.

105. В НОРМЕ ТАЗ ИМЕЕТ НАКЛОН ДИСКА L5-S1 ПО ОТНОШЕНИЮ К ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ОСИ:

- а) **35-50 градусов;**
- б) 25 - 30 градусов.
- в) 15-30 градусов;
- г) 20 -25 градусов;

106. СТУДЕНИСТОЕ ЯДРО В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА НАХОДИТСЯ:

- а) Может находиться ближе кпереди и кзади;
- б) **В центре;**
- в) Ближе кзади;
- г) Ближе кпереди;

107. СПИННОЙ МОЗГ В ПОЗВОНОЧНОМ КАНАЛЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ:

- а) L2-L3;
- б) **L1-L2;**

в) L3-L4;

г) L4-L5;

108. ОСОБЕННОСТЬЮ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ ОТ С3 ДО С7 ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:

а) унковертебральных сочленений;

б) в сегменте С2-С3 поверхности дугоотростчатых суставов находятся под углом в 70 градусов;

в) поверхности дугоотростчатых суставов средних и нижних шейных позвонков находятся под углом в 45 градусов по отношению к горизонтальной плоскости;

г) всё вышеперечисленное верно.

109. КРИТИЧЕСКИЕ ЗОНЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА НАХОДЯТСЯ:

а) На уровне 7 шейного и 7 —10 грудного позвонков;

б) На уровне 7 шейного, 4-8 грудного и 1 поясничного позвонков;

в) На уровне 2 —3 шейного, 4 грудного и 1 поясничного позвонка;

г) На уровне атлантоокципитального сочленения, 7 грудного и 1 поясничного позвонков;

110. В НОРМЕ ШИРИНА СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ:

а) 8-12 мм;

б) 2-4 мм;

в) 4-8 мм;

г) 12-14 мм;

111. ПО ПОЛНОЙ РЕБЕРНОЙ ЯМКЕ ИМЕЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКАХ:

а) На 11 и 12;

б) На 2;

в) На 9 и 10;

г) На 4 и 5;

112. ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

а) Трофотропную функцию;

б) Интеграцию трофотропной и эрготропной функций

в) Эрготропную функцию;

г) Всё перечисленное верно.

113. СУСТАВНЫЕ ОТРОСТКИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА РАСПОЛОЖЕНЫ:

а) Фронтально

б) Горизонтально;

в) Сагитально;

г) Вертикально;

114. АРТЕРИЯ АДАМКЕВИЧА — ЭТО:

а) Передняя спинальная артерия;

б) Корешково-спинальная артерия шейного утолщения;

в) Межреберная артерия;

г) Корешково-спинальная артерия поясничного утолщения;

115. ВОЗБУЖДАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ НА НЕЙРОНЫ ОБЛАДАЮТ:

а) Пируватдегидрогеназа;

б) Глутамин;

в) Гаммааминомасляная кислота;

г) Аспартат.

116. В ВЕНАХ СПИННОГО МОЗГА:

а) Клапаны имеют двухстворчатую форму;

б) Клапаны имеют полулунную форму;

в) Клапаны имеют трехстворчатую форму;

г) Нет венозных клапанов;

117. НАИБОЛЬШЕЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ

**СУЖЕНИЕ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА
РАСПОЛАГАЕТСЯ НА УРОВНЕ:**

- а) С2;
- б) С6;**
- в) С3;
- г) С7.

**118. ЛИМФАТИЧЕСКИЕ КАПИЛЛЯРЫ
ОТСУТСТВУЮТ В:**

- а) Головном и спинном мозге;**
- б) Селезёнке;
- в) Дерме;
- г) Лёгких.

**119. ПРИЧИНАМИ ОСЛОЖНЕНИЯ
МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЛУЖАТ:**

- а) Проведение МТ недостаточно обследованному больному;
- б) Проведение МТ врачом, некомпетентному в вертеброневрологии;
- г) Недостаточность мероприятий направленных на закрепление эффекта МТ;**

**120. АМПЛИТУДА НАКЛОНА ПОЗВОНОЧНИКА
ВПЕРЕД В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:**

- а) 30 градусов;
- б) 40 градусов;
- в) 50 градусов;
- г) 90 градусов.**

**121. ОБЪЕМ И НАПРАВЛЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ ПО
ПЛОСКОСТЯМ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ
ПОЗВОНОЧНИКА ОТ С3 ДО С7
ПРЕДСТАВЛЯЕТ:**

- а) Вращение, наклоны в стороны, вперед-назад и в передне-заднем направлениях;
- б) Вращение, наклоны в стороны;
- в) Вращение, наклоны в стороны, сгибание и

разгибание;

г) **Вращение, наклоны в стороны, вперед и назад, движения в передне-заднем и латеро-латеральном направлениях;**

122. ПРИ ИЗОТОНИЧЕСКОМ НАПРЯЖЕНИИ МЫШЦЫ

а) **точки прикрепления мышц сближаются**

б) **точки прикрепления мышц остаются на месте**

в) **движение в суставе не происходит**

г) **верно б) и в)**

123. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ СУЖЕНИЯ ИЛИ НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ МЕЖ ПОЗВОНКОВОГО ОТВЕРСТИЯ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПОКАЗАНА РЕНТГЕНОГРАФИЯ:

а) **В прямой проекции;**

б) **В косой проекции;**

в) **В боковой проекции;**

г) **В состоянии максимального поворота головы в сторону;**

124. К ЭКСТЕНЗОРАМ БЕДРЕННОГО СУСТАВА ОТНОСЯТСЯ:

а) **Большая ягодичная мышца, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;**

б) **Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, полуперепончатая мышца;**

в) **Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, трехглавая мышца голени;**

г) **Большая ягодичная мышца, короткая головка двуглавой мышцы бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;**

125. ПРИ ВЫЯСНЕНИИ ПРИЧИНЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МЕЖДУ СОБОЙ:

- а) Опухоль головного мозга;
- б) Цервикогенные головные боли;
- в) Тригеминальная невралгия;
- г) **Все верно.**

126. ПОЛУПЕРЕПОНЧАТАЯ МЫШЦА:

- а) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
- б) Сгибает бедро и выпрямляет туловище;
- в) **Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;**
- г) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее наружу;

127. В КАКИХ МЫШЦАХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ТРИГГЕРНЫЕ ПУНКТЫ

- а) в расслабленных
- б) **в укороченных**
- в) в укороченных и в расслабленных одинаково часто
- г) в гладкой мускулатуре

128. ОПТИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ:

- а) Не имеет значения;
- б) **10 секунд;**
- в) 20 секунд;
- г) 30 секунд;

129. В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИЙ ТАЗА КЛЮЧЕВЫМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) жилетт-тест
- б) **флексионный тест**
- в) спайн-тест
- г) все вышеперечисленное верно

130. ВЕДУЩИМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ

АРТРИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Околосуставной эпифизарный остеопороз;
- б) Сужение суставной щели;
- в) Краевые эрозии (узурь);
- г) **Всё перечисленное верно;**

131. РАЗГИБАНИЕ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА В НОРМЕ ВОЗМОЖНО НА:

- а) 20-30 градусов
- б) **30-35 градусов**
- в) 40-60 градусов
- г) 100- 110 градусов;

132. ПРИ ИЗОМЕТРИЧЕСКОМ НАПРЯЖЕНИИ

- а) происходит движение в суставе
- б) точки прикрепления остаются на месте
- в) движения в суставе нет
- г) **верно б) и в)**

133. ТРАПЕЦИЕВИДНАЯ МЫШЦА:

- а) Поднимает и опускает лопатку;
- б) Поднимает лопатку;
- в) Опускает лопатку;
- г) **Поднимает и опускает лопатку, приближает ее к позвоночному столбу;**

134. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЕДИНИЦА ПОЗВОНОЧНИКА

- а) позвонок
- б) два смежных позвонка
- в) **ПДС**
- г) отдел позвоночника

135. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ "ИГРЫ СУСТАВОВ" ФИКСИРУЮТ:

- а) Фиксируют дистальную кость;
- б) **Фиксируют проксимальную и дистальную кости**

одновременно

в) Проксимальную кость, относящуюся к исследуемому суставу;

г) Фиксация не имеет значения;

136. Боковые наклоны во фронтальной плоскости в поясничном отделе позвоночника возможны в норме на:

а) 20-30 градусов;

б) 30-35 градусов;

в) 40-60 градусов;

г) 100- 110 градусов;

137. ВЫСОТА СТОЛА ДЛЯ МАНУАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ДОЛЖНА ДОСТИГАТЬ СЛЕДУЮЩЕГО УРОВНЯ ОПУЩЕННЫХ РУК ВРАЧА:

а) Уровня плеча;

б) Уровня предплечья;

в) Уровня лучезапястного сустава;

г) Уровня 1 фалангового сочленения;

138. ДВИГАТЕЛЬНЫМ ПОЗВОНОЧНЫМ СЕГМЕНТОМ НАЗЫВАЮТ:

а) Шейный отдел позвоночника;

б) Грудной отдел позвоночника;

в) Поясничный отдел позвоночника;

г) Два смежных позвонка и диск между ними;

139. ТРЕХГЛАВАЯ МЫШЦА ГОЛЕНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:

а) Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;

б) Подошвенное сгибание стопы и сгибание голени в коленном суставе, при фиксированной стопе тянет голень и бедро назад;

в) Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы,

сгибание голени в коленном суставе;

г) Подошвенное, боковое кнутри и снаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;

140. МАНИПУЛЯЦИОННАЯ ТЕХНИКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА РИТМИЧЕСКОГО ВЫТЯЖЕНИЯ РУКАМИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПЛОСКОСТИ:

а) В строго горизонтальной плоскости;

б) Под углом 15 градусов к горизонтальной плоскости;

в) Под углом 30 градусов к горизонтальной плоскости;

г) Под углом 50 градусов к горизонтальной плоскости;

150. БОЛЬНОМУ С КОСЫМ ТАЗОМ ПРИМЕНЯТЬ МАНУАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ:

а) Нельзя;

б) Можно;

в) Относительно показано;

г) Возможно после применения ортопедических мероприятий;

151. САКРАЛИЗАЦИЯ ЭТО:

а) Спаяние дистального поясничного позвонка с крестцом;

б) Наличие 6 позвонка в поясничном отделе позвоночника за счёт верхнего крестцового сегмента;

в) Увеличение общего количества позвонков;

г) Увеличение копчиковых позвонков;

152. МАНИПУЛЯЦИЕЙ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НАЗЫВАЮТ:

а) Ручное воздействие на сустав в виде короткого быстрого толчка;

б) Фиксация суставных отростков;

в) Ручное воздействие на заинтересованные структуры в виде разнообразных ритмических приёмов;

г) Тракция сустава;

153. КРИТЕРИЯМИ БЛОКИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Ограничение движений;
- б) Отсутствие пружинистости при пальпации в заблокированном сегменте;
- в) Повышенное напряжение в заблокированном сегменте при пальпации;
- г) **Всё перечисленное верно.**

154. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТИПИЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ:

- а) С вращением плеча кнутри до угла 40-50 градусов;
- б) С вращением плеча кнутри до угла 60-70 градусов;
- в) С вращением плеча кнутри до угла 80 градусов;
- г) С вращением плеча кнутри до угла 85 градусов;

155. ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СПОНДИЛОГЕННЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ:

- а) Показано только при резко выраженном болевом синдроме;
- б) Противопоказано;
- в) Относительно показано;
- г) **Показано;**

156. ПРИМЕНЯТЬ БОЛЬНОМУ С ПОВЫШЕННОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА МЕТОД РИТМИЧЕСКОГО ВЫТЯЖЕНИЯ РУКАМИ:

- а) Можно;
- б) **Нельзя;**
- в) Можно в стадии относительной ремиссии;
- г) Можно через 2 недели после начала заболевания;

**157. БЛОКИРОВАНИЕ В СОСЕДНИХ ПДС
КОМПЕНСИРУЕТСЯ:**

- а) Гипермобильностью;
- б) Гипомобильностью;
- в) Остеартрозом;
- г) Спондилёзом;

158. НАРУЖНАЯ КОСАЯ МЫШЦА ЖИВОТА :

- а) сгибает туловище, является антагонистом разгибателей туловища
- б) наклоняет туловище вперед с ротацией в свою сторону.
- в) производит наклон туловища вперед с ротацией в противоположную сторону.
- г) фиксирует туловище при ходьбе, наклоняет его в свою сторону

159. БЛОКИРОВАНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ЭТО:

- а) Обратимое ограничение его подвижности в двигательном сегменте;
- б) Ограничение подвижности по отношению к вертикальной оси;
- в) Ограничение подвижности по отношению к горизонтальной оси;
- г) Ограничение ротации;

**160. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛОЙ
РОМБОВИДНОЙ МЫШЦЫ**

- а) При дыхательном сокращении наклоняет голову и шейный, отдел позвоночника столба вперед;
- б) Оттягивает лопатку от позвоночного столба;
- в) Приближает лопатку к позвоночному столбу по кривой линии к середине и вверх;
- г) Поднимает лопатку, при фиксированной лопатке наклоняет шейную часть позвоночника кзади и в свою сторону;

161. МАНИПУЛЯЦИЯ ВСЕГДА

ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ:

- а) Наибольшей выраженности боли;
- б) Отсутствия боли;**
- в) Наименьшей выраженности боли;
- г) В сторону наименьшей подвижности;

162. ПОВЫШЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ В СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

- а) Не является важным клиническим признаком;**
- б) Проявлением конституциональных особенностей пациента;
- в) Приобретённым профессиональным качеством;
- г) Патологической гипермобильности;

163. ДВИЖЕНИЯ В САКРОИЛИАЛЬНОМ СОЧЛЕНЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ:

- а) В передне-заднем и вертикальном направлении;
- б) В вертикальном направлении;
- в) В передне-заднем направлении;**
- г) В сагиттальном направлении;

164. АМПЛИТУДА РАЗГИБАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 30 градусов;**
- б) 40 градусов;
- в) 50 градусов;
- г) 60 градусов;

165. ВРАЩЕНИЕ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ВОЗМОЖНО В НОРМЕ НА:

- а) 10-15 градусов;**
- б) 20-30 градусов;
- в) 30-35 градусов;
- г) 40-60 градусов;

166. ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СВЕЖИХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СУСТАВОВ:

- а) Показано;
- б) Относительно показано;**

- в) Показано с давностью заболевания;
- г) **Противопоказано.**

167. ПРИЗНАКАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ДВИГАТЕЛЬНОГО ПОЗВОНОЧНОГО СЕГМЕНТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) **Ограничение подвижности в позвоночных суставах;**
- б) Боли в паравертебральных точках;
- в) Наличие анкилозов между остеофитами;
- г) Остеартроз;

168. МАЛАЯ РОМБОВИДНАЯ МЫШЦА:

- а) **Приближает лопатку к позвоночному столбу по косой линии к середине и вверх;**
- б) Поднимает лопатку;
- в) Оттягивает лопатку от позвоночного столба;
- г) Наклоняет голову вперед;

169. ОСНОВНОЙ ЭФФЕКТ ПРИ ОСЦИЛЯЦИОННОЙ ТЕХНИКЕ

- а) Противоболевой;
- б) Противоотечный;
- в) **Диагностический;**
- г) Противовоспалительный

170. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛУПЕРЕПОНЧАТОЙ МЫШЦЫ:

- а) Принимает участие в выпрямлении туловища, сгибает бедро;
- б) **Разгибает бедро, сгибнет голень, вращает ее внутрь;**
- в) Разгибает бедро, сгибает голень, вращает ее кнаружи;
- г) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;

171. МАНИПУЛЯЦИОННАЯ ТЕХНИКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА

**ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:**

а) Осуществляется без сопротивления в направлении, противоположном движению;

б) Осуществляется без сопротивления в направлении движения;

в) Осуществляется при сильном сопротивлении в направлении движения;

г) Осуществляется при сильном сопротивлении в направлении противоположном движению;

172. БОЛЬШАЯ ГРУДНАЯ МЫШЦА:

а) Поднимает лопатку;

б) Приближает лопатку к позвоночному столбу;

в) Опускает поднятую руку;

г) Опускает лопатку;

173. ЛЮМБАЛИЗАЦИЯ ЭТО:

а) Наличие 6 позвонка в копчиковом отделе позвоночника;

б) Спаяние дистального поясничного позвонка с крестцом;

в) Наличие 6 позвонка в поясничном отделе позвоночника, за счёт верхнего крестцового сегмента;

г) Всё перечисленное верно.

**174. ВТОРИЧНАЯ МИОФАСЦИАЛЬНАЯ
ТРИГГЕРНАЯ ТОЧКА ЭТО:**

а) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации

б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки

в) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжё

скелетной мышцы, активирующийся при перегрузке, но не активирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце

г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области

175. ТРАПЕЦИЕВИДНАЯ МЫШЦА ПРИ ФИКСАЦИИ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА:

- а) Наклоняет голову вперед;
- б) Наклоняет голову в соответствующую сторону;
- в) Наклоняет голову назад;**
- г) Наклоняет голову под углом 45 градусов;

176. СИМПТОМ "КОЖНОЙ СКЛАДКИ" ПРИ НАЛИЧИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БЛОКА В СЕГМЕНТЕ:

- а) Всегда положительный;**
- б) Отрицательный;
- в) Не характерен для блокады;
- г) Иногда положителен;

177. РОТАЦИЯ ГОЛОВЫ ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ НАКЛОНЕ ВПЕРЕД ПОЗВОЛЯЕТ ИССЛЕДОВАТЬ СЕГМЕНТЫ:

- а) С1-С2;**
- б) С3-С4;
- в) С4-С5;
- г) С6-С7;

178. БЛОКИРОВАНИЕ В КАКИХ СЕГМЕНТАХ МОЖНО ВЫЯВИТЬ РОТАЦИЕЙ ГОЛОВЫ ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ РАЗГИБАНИИ:

- а) С6-С7;**
- б) С1-С2;
- в) С3-С4;
- г) С4-С5;

**179. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
ГРУДИНОКЛЮЧИЧНОСОСЦЕВИДНОЙ
МЫШЦЫ НЕОБХОДИМО:**

- а) Нагнуть голову и пропальпировать мышцу;
- б) Голову пациента, находящегося в положении сидя, нагнуть в противоположную сторону от пораженной мышцы, повернуть лицо в противоположную сторону и пропальпировать мышцу;
- в) Голову пациента, находящегося в положении сидя, нагнуть в сторону пораженной мышцы, повернуть лицо в противоположную сторону и пропальпировать мышцу;**
- г) Голову оставить вертикально;

**180. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПАССИВНОГО
НАКЛОНА В СТОРОНУ В СОЧЛЕНЕНИИ С1-
С2:**

- а) Необходимо "вытягивать" поперечный отросток;
- б) Не нужно воздействовать на поперечный отросток;
- в) Необходимо касаться пальцами поперечного отростка;
- г) Необходимо фиксировать поперечный отросток;**

**181. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ 7-ГО ШЕЙНОГО
ПОЗВОНКА:**

- а) Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному наклонить голову в сторону;
- б) Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному не значительно наклонить голову вперед;
- в) Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному, максимально наклонить голову вперед;
- г) Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника**

и дается команда больному наклонить голову назад;

182. ПРАВАЯ РУКА ВРАЧА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПАССИВНОГО НАКЛОНА ВПЕРЕД МЕЖДУ АТЛАНТОМ И ЗАТЫЛОЧНОЙ КОСТЬЮ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- а) На задней дуге атланта больного;**
- б) На затылке больного;
- в) На темени больного;
- г) На лбу больного;

183. В СРЕДНЕСЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ОБСЛЕДОВАНИЕ РОТАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ПО:

- а) Суставным отросткам;**
- б) Поперечным отросткам;
- в) Остистым отросткам;
- г) По внешним признакам;

184. В СРЕДНЕСЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ОБСЛЕДОВАНИЕ БОКОВОГО НАКЛОНА ПРОВОДИТСЯ ПО:

- а) Поперечным отросткам;**
- б) Суставным отросткам;
- в) Остистым отросткам;
- г) По внешним признакам;

185. ПРИ ВЕРХНЕГРУДНОМ СКОЛИОЗЕ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЕРШИНЫ ИСКРИВЛЕНИЯ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ:

- a) Th1-Th2;
- б) Th3-Th4;**
- в) Th6-Th7;
- г) Th8-Th9;

**186. ПРИ ГРУДНОМ СКОЛИОЗЕ
ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЕРШИНЫ ИСКРИВЛЕНИЯ
НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ:**

- a) Th1-Th2;
- б) Th3-Th4;
- в) Th6-Th7;
- г) Th8-Th9;**

**187. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРУЖИНИРОВАНИЯ
ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
ПАЛЬЦЫ ВРАЧА РАСПОЛАГАЮТСЯ НА:**

- a) Остистых отростках;
- б) Суставных отростках;
- в) Поперечных отростках;**
- г) Ребрах;

**188. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЕРШИНЫ,
ИСКРИВЛЕНИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ
СКОЛИОЗЕ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ:**

- a) Th1-Th2;
- б) Th3-Th4;
- в) Th6-Th7;
- г) L2.**

189. ПРОБА ПАТРИКА ПОКАЗЫВАЕТ:

- a) Изменение расстояния между L5-ТН12 при наклоне;
- б) Невозможность дорсального сгибания в ноге во время фиксирования седалищного бугра при крестцово-подвздошном блокировании;
- в) Болезненность при пальпации наружного края симфиза при отведении согнутой в коленном и тазобедренном суставе ноги у лежащего пациента**

при крестцово-подвздошном блокировании;

г) Опережение верхней задней подвздошной ости на стороне блокирования крестцово-подвздошного сустава относительно другой при наклоне пациента вперед;

190. ПРАВИЛЬНЫМ ПРИЁМОМ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НАГРУЖЕННОСТИ LIG. ПИОЛУМБАЛИС ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Вертикальный толчок по оси бедра на приведённую кнутри ногу пациента согнутую в коленном и тазобедренном суставе;

б) Толчок по оси бедра на колено приведённое в направлении к противоположному плечу;

в) Толчок по оси бедра на колено, приведённое в направлении к гомолатеральному плечу;

г) Тракция бедра;

191. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДВИЖНОСТИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВО ВРЕМЯ БОКОВОГО НАКЛОНА ПОДМЫШЕЧНАЯ СКЛАДКА В НОРМЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ:

а) на середину расстояния между большим вертелом бедренной кости и межягодичной складкой;

б) на противоположный латеральный край таза или заходит за него;

в) на середину таза;

г) Остаётся на месте;

192. В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ГИПЕРЛОРДОЗЕ БОЛЕЗНЕННО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

а) Наклон вперед;

б) Боковой наклон;

в) Наклон назад;

г) Ротация;

193. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАССИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПАЦИЕНТ НАХОДИТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛОЖЕНИИ:

- а) Лежит на кушетке на боку;
- б) Сидит «верхом» на кушетке;
- в) Стоит;
- г) Лежит поперек кушетки на животе;

194. ПАЛЬЦЫ ВРАЧА ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- а) Паравертебрально;
- б) По наружному краю прямой мышцы живота на уровне пупка;
- в) По средней линии живота;
- г) В подвздошной области у передне-верхней ости;

195. ПАЛЬЦЫ ВРАЧА ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПОДВЗДОШНОЙ МЫШЦЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- а) Паравертебрально;
- б) По средней линии живота;
- в) По наружному краю прямой мышцы живота на уровне пупка;
- г) В подвздошной области у передне-верхней ости;

196. ЛИНИЯ, СОЕДИНЯЮЩАЯ ГРЕБНИ ПОДВЗДОШНЫХ КОСТЕЙ, ПРОХОДИТ МЕЖДУ ПОЗВОНКАМИ:

- а) L1-L2;
- б) L2-L3;
- в) **L3-L4;**
- г) L4-L5;

197. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

	<p>ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ МАНИПУЛЯЦИИ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ФИКСИРУЕТСЯ:</p> <p>а) Нижележащий позвонок; б) Туловище больного; в) Плечи больного; г) Вышележащий позвонок;</p> <p>198. МЕНЬШЕ СТРАДАЕТ ПРИ КОКСОАРТРОЗЕ:</p> <p>а) Приведение бедра; б) Внутренняя ротация бедра; в) Наружная ротация бедра; г) Отведение бедра;</p> <p>199. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИЗОМЕТРИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ МЫШЦ В ОБЫЧНЫХ СЛУЧАЯХ:</p> <p>а) 1-2 сек; б) 7-9сек; в) 4-5 сек; г) 15-20 сек;</p> <p>200. СИЛА ИЗОМЕТРИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ МЫШЦ:</p> <p>а) До получения "акустического феномена"; б) До болевых ощущений у пациента; в) Максимальная; г) Минимальная;</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p align="center">Б1.Б.9.1 «Организационно-методические аспекты физической и реабилитационной медицины»</p>	<p align="center">Ситуационная задача 1</p> <p>Больной М. обратился с жалобами на боли в правой нижней конечности тянущего характера локализующаяся, по заднее - боковой части ноги, усиливающаяся при ходьбе. При остеопатическом осмотре: ЗВПО без особенностей, тест Аиста в норме, ПВПО в норме, Даунинга тест в норме, тесты</p>
--	---

	<p>на связки отрицательные. Активные движения в ПОП в полном объеме.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? <p>Ситуационная задача 2</p> <p>Больной Б. обратился с жалобами на боли в надлопаточной области с иррадиацией в задне- наружную часть правой руки. Боль усиливается в свисшем положении правой руки. Боль появилась после переохлаждения. При объективном осмотре. Активные движения в шейном отделе: отмечается ограничение латерофлексий и ротаций влево которое усиливает боль. При осмотре плечевого сустава нарушение паттерна движения нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? <p>Ситуационная задача 3</p> <p>Больной обратился с жалобами на глубокую интенсивную боль передней поверхности плеча слева, с иррадиацией в дистальный отдел левой верхней конечности. При остеопатическом осмотре: Движение в ШОП в полном объеме. При осмотре плечевого сустава слева: нарушения паттерна движения нет. При тесте на резистивные движения отмечается болезненность при наружной ротации.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
<p>Б1.Б.9.2 «Управление реабилитационным процессом, реабилитационный диагноз и индивидуальная</p>	<p>Ситуационная задача 4</p> <p>Больной Ж.. обратился с жалобами на боли в правом плечевом суставе, иррадирующая в заднюю поверхность плеча далее в предплечье, преимущественно по задней поверхности в кисти тыльную поверхность третьего пальца.</p>

При остеопатическом осмотре: паттерн движения в плечевом суставе не нарушен. При осмотре резистивных движений: плечо болезненно в отведении

Ваш предварительный диагноз:

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 5

Больной М. обратился с жалобами на боль в передней поверхности грудной клетки справа, иррадиирующая в переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти. При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических дисфункций не отмечаться, в плечевом суставе паттерн движения не нарушен. При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-саггитальном направлении в правую сторону.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 6

Больной А. обратился с жалобами на головные боли гемикранического типа, боль локализуется в теменной части головы слева. Отмечается чувство онемения и чувство ползания мурашек. При остеопатическом осмотре: дисфункций в ШОП не наблюдается

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 7

Больной В. обратился с жалобами на головокружение провоцирующиеся изменением положения тела, обморочные состояния. На незначительные боли, локализующиеся в лицевой части черепа слева.

	<p>При остеопатическом осмотре: При визуальном осмотре без особенностей. Активные ротационные движения ШОП вправо провоцируют появление резкого головокружения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
<p>Б1.Б.9.3 «Базовые фундаментальные знания (функциональная анатомия, функциональная физиология, нормальная патофизиология и др.)»</p>	<p>Ситуационная задача 8</p> <p>. Больной К. обратился с жалобами на боли в передней поверхности грудной клетки справа.</p> <p>При остеопатическом осмотре: выявлено, анатомически короткая нога, пальпация большой грудной мышцы справа болезненна.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? <p>Ситуационная задача 9</p> <p>Больная Е. обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области, на тошноту и постоянную отрыжку.</p> <p>При остеопатическом осмотре : выявлено спазм кардиальной части желудка, болезненность сфинктера Одди, болезненность гастродуоденального сфинктера, дисфункция связок печени и болезненность илео-цекального сфинктера.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? <p>Ситуационная задача 10</p> <p>Больная П. обратилась с жалобами на недержание мочи , постоянную отрыжку. Страдает в течений 1 года, ни с чем не связывает. Инструментальные методы обследования: патологий не выявлено.</p> <p>Остеопатический осмотр: выявлено спазм кардиальной части желудка и слабость мышц тазовой диафрагмы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз?

	<p>2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?</p> <p>3. Какое лечение следует назначить данному больному?</p> <p>4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?</p>
<p>Б1.Б.9.4 «Диагностика в физической и реабилитационной медицине, принципы исследования нарушения функции, структур и ограничений жизнедеятельности, оценка роли персональных факторов и факторов среды»</p>	<p>Ситуационная задача 11 Больной Б. 54года. Обратилась с жалобами на не прекращающиеся интенсивные боли преимущественно в ночное время в области нижнегрудного отдела позвоночника нарастающие в течение месяца. Объективно ограничение движения позвоночника во всех направлениях. Выраженный двухсторонний дефанс. Тесты на красные флажки положительные.</p> <p>1. Наиболее вероятный диагноз?</p> <p>2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?</p> <p>3. Какое лечение следует назначить данному больному?</p> <p>4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?</p> <p>Ситуационная задача 12 Больной С. Обратился с жалобами на боли в ПОП справа. Боль локализованная, тупая, распирающего характера. Заболел остро на следующий день после тяжёлой физической нагрузки. Связывает с подъемом тяжести. Болен, в течение, одного месяца. Отмечает наличие лихорадки. Объективно: больной апатичен, бледен, субфебрильная температура, активные движения ограничены в латерофлексии влево, остальные тесты в норме. Синдром поколачивания слабо положителен, анализы мочи в норме.</p> <p>1. Наиболее вероятный диагноз?</p> <p>2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?</p> <p>3. Какое лечение следует назначить данному больному?</p> <p>4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?</p> <p>Ситуационная задача 13 Больной Б. 28 года. Обратился с жалобами на ноющие боли в стопах по внутренней стороне возникающие при осевой нагрузке и исчезающие вне таковой. Впервые боли возникли после тренировки в кедах и возрастали при постуральных стрессах. При обследовании: справа симптом опережения, нога короткая, тест Даунинга на укорочение положителен.</p>

	<p>АД и ПД в ПОП без болезненны и не ограничены. Пальпация пяточно- таранной связки болезненно (преимущественно в месте прикрепления резко болезненно). На рентгенографии стопы отмечается пяточная шпора.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
<p>Б1.Б.9.5 «Диагностика в детской физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>Ситуационная задача 14 Больной М. обратился с жалобами на передней поверхности грудной клетки справа , иррадирующая в переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти, При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических дисфункций не отмечаться , в плечевом суставе паттерн движения не нарушен . При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-саггитальном направлении в правую сторону.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? <p>Ситуационная задача 15 Больной Д. 23 года обратился за консультацией к остеопату. На момент обследования жалоб не предъявляет. В прошлом описывает эпизод болей в спине на уровне грудо-поясничного перехода появившихся после перегрузки на тренировке. При обследовании в области ГПП отмечается позиционное флексионное изменение. Общее прослушивание и тесты на висцеральные дисфункции указывают на спазм кардиального отдела желудка.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

	<p>Ситуационная задача 16</p> <p>Больная В. 21 год. Обратилась с жалобами на сильные локальные боли в поясничном отделе позвоночника. Боль отсутствует в ночное время и начинает беспокоить только утром во время умывания. В течение дня боль усиливается и к 5-6 часам становится невыносимой. И в этот момент больная вынуждена лечь. Ухудшение от длительного сидения за рабочим столом, отмечает уменьшение боли при лежании. Болеет в течений 2-ух лет. Боль прогрессирует постоянно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
<p>Б1.Б.9.6 «Основные реабилитационные мероприятия во взрослой реабилитации»</p>	<p>Ситуационная задача 17</p> <p>Пациент К. 19 лет, занимается верховой ездой. Обратился с жалобами: на чувство тяжести в груди, ломящая, сверлящая и ноющая боль межлопаточной области. При пальпации болезненность паравертебральных точек, а также отмечается болезненность рёберно-позвоночных суставов. Боль усиливается при наклоне во фронтальной плоскости(Г), длительном лежании на спине, езде по тряской дороге. Данная боль не снимается коронаролитиками.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? <p>Ситуационная задача 18</p> <p>Больной Г. жалуется на шум в обоих ушах, усиливающийся в ночное время. Боли по типу шапки кардинала. Шум в правом ухе связывает с контузионной травмой полученной в молодости. Шум в левом ухе появился около года назад, без явной причины. Позиционно: голова ротирована вправо и латерофлексируется влево. При осмотре: активные движения в ШОП: ограничена LF влево, R влево сопровождается экстензией. При пассивных движениях определяется отсутствие суставной игры в С0-С1 справа в открытии, слева в закрытии,. Полисегментарные функциональные блокады слева.</p>

	<p>1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?</p>
<p>Б1.Б.9.7 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях центральной нервной системы (ЦНС): сосудистые, опухолевые, травматические, воспалительные, дегенеративные состояния головного и спинного мозга»</p>	<p>Ситуационная задача 19 Больной М жалуется на сильные боли области всей левой верхней конечности и надплечье слева. Заболел после переохлаждения. При осмотре определяется антальгическое положение левой верхней конечности. При остеопатическом осмотре : Активные и пассивные движения болезненные, отмечается нарушение паттерна движения ,обусловленное болью. При пальпации паравертебрально слева в области проекции Th1 Th3 определяется резкая болезненность с иррадиацией в левую верхнюю конечность.</p> <p>1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?</p>
<p>Б1.Б.9.8 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы на первом, втором и третьем этапах реабилитации»</p>	<p>Ситуационная задача 20 Больной П. жалуется на боли в области правой ягодицы с иррадиацией по боковой стороне нижней конечности. Болеет в течении 1 месяца. Выше перечисленные жалобы появляются в ночное время перед сном в положении лежа, днем пациентка расхаживается и боль исчезает. Тест Аиста отрицательный. Тест Даунинга отрицательный. В положении лёжа на спине во всех ПДС суставная игра определяется. При пальпации ягодицы определяется резкая болезненность в проекции средней ягодичной мышцы с иррадиацией по боковой стороне правой нижней конечности.</p> <p>1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?</p> <p>Ситуационная задача 21 Больной П. жалуется на боли в области поясницы и левого</p>

коленного сустава. Болеет в течении 3-х лет. Впервые боли появились в области коленного сустава (после неудачного приземления). Боли периодически появлялись и исчезали. В течении текущего года появились постоянные боли в области левого колена и затем присоединились боли в области поясницы. При обследовании поясницы активные движения безболезненные, без ограничений. Спайн тест отрицательный. При обследовании левого коленного сустава определяется резкая болезненность, с латеральной и медиальных сторон сустава. Активные движения коленного сустава в экстензии ограничены 200-250 , во флексии 250-300 пассивные движения коленного сустава ограничены незначительно, но резко болезненны в крайних положениях

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 22

Больной П. жалуется на боли в области левого плечевого сустава по передней стороне. Боль возникла при попытке удержаться за верхний поручень во время резкого торможения автобуса. Активные движения левой верхней конечности ограничены из-за болевого синдрома.

Отмечается резкая болезненность при отведении на 60°. При пальпации определяется резкая болезненность ключичной части большой грудной мышцы. Болезненно резистивное сгибание с пронацией в локтевом суставе справа.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 23

. Больной П. жалуется на боли, онемение и слабость в области правой стопы. Заболел остро. Боли появились после грубой манипуляции на поясничном отделе позвоночника. Объективно: Спайн тест отрицательный. Тест Даунинга с обеих сторон отрицательный. Лёжа на спине во всех ПДС суставная игра определяется. При пальпации в области крестца определяется резкая болезненность в проекции подвздошно-поясничной связки справа, с иррадиацией в

	<p>правую нижнюю конечность.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
<p style="text-align: center;">Б1.Б.9.9 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях кардио-респираторной системы и других систем»</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача 24</p> <p>Больной Д., 25 лет, диагноз - компрессионный перелом тела второго поясничного позвонка. Находится в стационаре 5 – й день. Травму получил 6 дней назад при падении на спину. Пострадавший уложен на функциональную кровать с приподнятым головным концом; проводят вытяжение по оси позвоночника массой собственного тела. На рентгенограмме – компрессионный перелом тела второго поясничного позвонка (первая степень компрессии).</p> <p>Задание: 1) определите, в каком лечебном периоде находится больной, сформулируйте задачи ЛФК. 2) перечислите физические упражнения, рекомендованные в этом периоде;</p> <p style="text-align: center;">Ситуационная задача 25</p> <p>Больной В., 30 лет, диагноз – перелом седалищной и лонной костей таза справа. В стационаре находится 3 нед. Состояние удовлетворительное, активное занимается ЛГ.</p> <p>Задание: 1) определите лечебный период, в котором находится пострадавший; 2) сформулируйте основные задачи средств ЛФК; в) перечислите исходные положения, в которых следует выполнять физические упражнения и процедуры массажа;</p>
<p style="text-align: center;">Б1.Б.9.10 «Онкология в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача 26</p> <p>Больной К жалуется на боли в правой кисти тянущего характера преимущественно по ладонной поверхности . Больна в течении 2-ух суток , заболела остро после стирки . Боль усиливается при сжимании пальцев в луче -запястном суставе . При объективном осмотре отмечается отёчность на ладонной поверхности правого луче -запястного сустава. Пальпация запястного канала резко болезненно. Сгибание и разгибание, супинация, пронация резко болезненно за счёт боли. В ШОП ,ГОП, и в правом плечевом суставе патологии</p>

	<p>не отмечается. Ваш вероятный диагноз:</p>
<p>Б1.Б.9.11 <i>«Физиотерапия в физической и реабилитационной медицине»</i></p>	<p>Ситуационная задача 27 Больной С. Обратился жалобами на боли в ПОП справа боль локализованная, тупая распирающего характера. Заболел остро на следующий день после тяжёлой физической нагрузки. Связывает с подъемом тяжести. Болен в течение одного месяца. Больной отмечает наличие лихорадки. Объективно: больной апатичен, бледен, субфебрильная температура, активные движения ограничены в латерофлексии влево, остальные тесты в норме. Синдром поколачивания справа слабо положительн, анализы мочи в норме. Тактика лечения:</p>
<p>Б1.Б.9.12 <i>«Лечебная физкультура в физической и реабилитационной медицине»</i></p>	<p>Ситуационная задача 28 Пациент с жалобами на боли в области коленного сустава, иногда ощущение слабости, нестабильности в коленном суставе. Боли тупого, ноющего характера и иногда кратковременные острые, проходящие самопроизвольно. Ограничение F и E незначительное, исчезающее в безболевого период. В анамнезе спортивные травмы. Объективно: объём LF несколько увеличен, скольжение большеберцовой кости вперёд по отношению к бедренной значительно увеличено и болезненно в конце движения, назад в пределах нормы. Тактика лечения:</p> <p>Ситуационная задача 29 Больной П. жалуется на боли, онемение и слабость в области правой стопы. Заболел остро. Боли появились после грубой манипуляции на поясничном отделе позвоночника. Объективно: Спайн тест отрицательный. Тест Даунинга с обеих сторон отрицательный. Лёжа на спине во всех ПДС суставная игра определяется. При пальпации в области крестца определяется резкая болезненность в проекции подвздошно-поясничной связки справа, с иррадиацией в правую нижнюю конечность. Ваш диагноз:</p> <p>Ситуационная задача 30 Больной М жалуется на сильные боли области всей левой верхней конечности и надплечье слева. Заболел после переохлаждения. При осмотре определяется анталгическое положение левой верхней конечности. При остеопатическом осмотре : Активные и пассивные</p>

	<p>движения болезненные, отмечается нарушение паттерна движения ,обусловленное болью. При пальпации паравертебрально слева в области проекции Th1 Th3 определяется резкая болезненность с иррадиацией в левую верхнюю конечность.</p> <p>Ваш вероятный диагноз:</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

11.Тест

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

12.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	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 Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4)	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

<p>-пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
---	--

14.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>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.)</p>

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
Б1.Б.9.1	Раздел 1 «Организационно-методические аспекты физической и реабилитационной медицины»	18
Б1.Б.9.2	Раздел 2 «Управление реабилитационным процессом, реабилитационный диагноз и индивидуальная программа медицинской реабилитации»	24
Б1.Б.9.3	Раздел 3 «Базовые фундаментальные знания (функциональная анатомия, функциональная физиология, нормальная патобиомеханика и др.)»	36
Б1.Б.9.4	Раздел 4 «Диагностика в физической и реабилитационной медицине, принципы исследования нарушения функции, структур и ограничений жизнедеятельности, оценка роли персональных факторов и факторов среды»	24
Б1.Б.9.5	Раздел 5 «Диагностика в детской физической и реабилитационной медицине»	24
Б1.Б.9.6	Раздел 6 «Основные реабилитационные мероприятия во взрослой реабилитации»	54
Б1.Б.9.7	Раздел 7 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях центральной нервной системы (ЦНС): сосудистые, опухолевые, травматические, воспалительные, дегенеративные состояния головного и спинного мозга»	42
Б1.Б.9.8	Раздел 8 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы на первом, втором и третьем этапах реабилитации»	12
Б1.Б.9.9	Раздел 9 « Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях кардио-респираторной системы и других систем»	30
Б1.Б.9.10	Раздел 10 «Онкология в физической и реабилитационной медицине»	24
Б1.Б.9.11	Раздел 11 «Физиотерапия в физической и реабилитационной медицине»	24

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p style="text-align: center;">Б1.Б.9.6 «Основные реабилитационные мероприятия во взрослой реабилитации»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Физическая реабилитация при травмах нижних конечностей. 2. Физическая реабилитация при врожденной мышечной кривошее. 3. Физическая реабилитация при дисплазии тазобедренных суставов, врожденном вывихе бедра. 4. Методика физической реабилитации при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника. 5. Методика физической реабилитации при нарушениях осанки, сколиотической болезни и плоскостопии.
<p style="text-align: center;">Б1.Б.9.7 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях центральной нервной системы (ЦНС): сосудистые, опухолевые, травматические, воспалительные, дегенеративные состояния головного и спинного мозга»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Методика физической реабилитации при гастритах, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, дискинезии желчевыводящих путей 7. Методика физической реабилитации при ожирении, подагре и сахарном диабете 8. Физическая реабилитация при нефритах, нефроптозе и почечно-каменной болезни. 9. Физическая реабилитация при инсульте
<p style="text-align: center;">Б1.Б.9.8 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы на первом, втором и третьем этапах реабилитации»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 10. Методика физической реабилитации при различных заболеваниях у пожилых людей. 11. Физическая реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. 12. Методика физической реабилитации при хронической ишемической болезни сердца, инфаркте миокарда, гипертонической, гипотонической и вегетососудистой

	<p>болезни на стационарном, санаторном и амбулаторном этапах.</p>
<p>Б1.Б.9.9 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях кардио-респираторной системы и других систем»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методы реабилитации. 2. Этапы реабилитации. 3. Цель социально-трудовой реабилитации. 4. Предикторы снижения качества жизни онкологических пациентов. 5. Этапы оказания психологической помощи. 6. Органосохраняющие операции в онкологии (маммологии). 7. Патофизиологические этапы боли. 8. Принципы купирования боли у онкологических пациентов. 9. Методы купирования боли у онкологических пациентов. 10. Шкалы оценки интенсивности боли.
<p>Б1.Б.9.10 «Онкология в физической и реабилитационной медицине»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Профилактика в системе здравоохранения. 12. Представления о преморбидной, первичной, вторичной, многофакторной и интегральной профилактике. 13. Цели, контингенты, формы и методы преморбидной, первичной и вторичной профилактики. 14. Роль и место физических факторов в построении и реабилитации профилактических программ. 16. Преморбидная ФП и закаливание организма. 15. Первичная и вторичная физиопрофилактика
<p>Б1.Б.9.11 «Физиотерапия в физической и реабилитационной медицине»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ЛФК в реабилитации больных с бронхиальной астмой 2. ЛФК в реабилитации больных с гипертонической болезнью 3. ЛФК в реабилитации больных с остеоартрозом коленных суставов 4. ЛФК в реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда 5. Массаж в детской практике. 6. Массаж в реабилитации бронхолегочных заболеваний. 7. Массаж в реабилитации остеохондроза

	Позвоночника.
--	---------------

Перечень дискуссионных тем :

<p>Б1.Б.9.1 «Организационно-методическая аспекты физической и реабилитационной медицины»</p>	<p>1. Понятие о физической реабилитации. Виды физической реабилитации. Задачи физической реабилитации. 2. Принципы физической реабилитации. 3. Этапы физической реабилитации. 4. Средства физической реабилитации. 5. Особенности метода ЛФК.</p>
<p>Б1.Б.9.2 «Управление реабилитационным процессом, реабилитационный диагноз и индивидуальная программа медицинской реабилитации»</p>	<p>6. Клинико-физиологическое обоснование лечебного действия физических упражнений. 7. Механизмы регуляции физиологических функций при воздействии физических средств реабилитации. 8. Основные положительные эффекты физических упражнений. 9. Основные средства ЛФК.</p>
<p>Б1.Б.9.3 «Базовые фундаментальные знания (функциональная анатомия, функциональная физиология, нормальная патобиомеханика и др.)»</p>	<p>10. Классификация физических упражнений. 11. Способы дозировки физической нагрузки. 12. Формы ЛФК и их характеристика. 13. Периоды ЛФК и соответствующие им режимы двигательной активности. 14. Показания и противопоказания к применению ЛФК.</p>
<p>Б1.Б.9.4 «Диагностика в физической и реабилитационной медицине, принципы исследования нарушения функции, структур и ограничений жизнедеятельности, оценка роли персональных факторов и факторов среды»</p>	<p>15. Понятие кинезотерапии, особенности метода кинезотерапии. 16. Средства кинезотерапии, классификация физических упражнений. 17. Механизмы и принципы кинезотерапии. 18. Физическая реабилитация при компрессионном переломе позвоночника. 19. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей.</p>
<p>Б1.Б.9.5 «Диагностика в детской физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>20. Физическая реабилитация при травмах нижних конечностей. 21. Физическая реабилитация при врожденной мышечной кривошее. 22. Физическая реабилитация при дисплазии тазобедренных суставов, врожденном вывихе бедра. 23. Методика физической реабилитации при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника. 24. Методика физической реабилитации при нарушениях осанки, сколиотической болезни и плоскостопии.</p>

<p style="text-align: center;">Б1.Б.9.6</p> <p>«Основные реабилитационные мероприятия во взрослой реабилитации»</p>	<p>25. Физическая реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.</p> <p>26. Методика физической реабилитации при хронической ишемической болезни сердца, инфаркте миокарда, гипертонической, гипотонической и вегето-сосудистой болезни на стационарном, санаторном и амбулаторном этапах.</p> <p>27. Методика физической реабилитации при врожденных и приобретенных пороках сердца.</p> <p>28. Методика физической реабилитации при артериальной недостаточности и варикозном расширении вен нижних конечностей.</p> <p>29. Методика физической реабилитации при заболеваниях органов дыхания: бронхите, пневмонии, бронхоэктатической болезни, бронхиальной астме.</p>
<p style="text-align: center;">Б1.Б.9.7</p> <p>«Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях центральной нервной системы (ЦНС): сосудистые, опухолевые, травматические, воспалительные, дегенеративные состояния головного и спинного мозга»</p>	<p>30. Дыхательная гимнастика Стрельниковой, Толкачева, Бутейко, Стрельцовой.</p> <p>31. Методика разработки индивидуальных программ медицинской реабилитации в целях профилактики отклонений в физическом развитии с учетом возраста, влияние заболевания на физическое и психомоторное развитие и функциональный статус человека</p> <p>32. Методика разработки комплекса методов медицинской реабилитации для самостоятельного применения с учетом возраста, заболевания и функционального статуса</p> <p>33. Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей), имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека</p> <p>34. Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности (их законных представителей)</p>
<p style="text-align: center;">Б1.Б.9.8</p> <p>«Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы на первом, втором и третьем этапах реабилитации»</p>	<p>35. Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p> <p>36. Методика формулирования реабилитационного диагноза и реабилитационного потенциала</p> <p>37. Методики анализа окружающей среды (дома, в квартире, на рабочем месте, в медицинской организации) пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека</p> <p>38. Показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов и медицинских изделий в процессе медицинской реабилитации</p> <p>39. Порядки оказания медицинской помощи пациентам по</p>

	<p>профилям заболеваний и (или) состояний, в связи с развитием которых проводятся мероприятия по медицинской реабилитации</p> <p>40.Порядки оказания медицинской помощи при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях и сопутствующих заболеваниях, патологических состояниях, связанных с проблемами перинатального периода</p>
<p>Б1.Б.9.9 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях кардиореспираторной системы и других систем»</p>	<p>41.Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>42.Порядок оказания детям медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>43.Порядок организации медицинской реабилитации</p> <p>44.Цели и задачи реабилитации.</p>
<p>Б1.Б.9.10 «Онкология в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>45.Принципы и этапы реабилитационных мероприятий.</p> <p>46.Формы организации восстановительной терапии.</p> <p>47.Программа медицинской реабилитации пациента.</p> <p>48.Роль медицинской сестры в реабилитации.</p> <p>49.Медицинский аспект реабилитации. Определение понятия, формы, место в общей системе восстановительного лечения.</p>
<p>Б1.Б.9.11 «Физиотерапия в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>50.Физический аспект реабилитации. Определение понятия, формы, роль на различных этапах восстановительного лечения.</p> <p>51.Стационарный этап реабилитации: цели, задачи.</p> <p>52.Послебольничный или поликлинический этап реабилитации:формы и место проведения реабилитации, цели, задачи.</p> <p>53.Физическая реабилитация при компрессионном переломе позвоночника.</p> <p>54. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей.</p>
<p>Б1.Б.9.12 «Лечебная физкультура в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>55. Физическая реабилитация при травмах нижних конечностей.</p> <p>56. Физическая реабилитация при врожденной мышечной кривошее.</p> <p>57. Физическая реабилитация при дисплазии тазобедренных суставов, врожденном вывихе бедра.</p> <p>58.Физическая реабилитация при остеохондропатиях.</p> <p>59.Физическая реабилитация при гинекологических заболеваниях.</p> <p>60.Физическая реабилитация при инсульте</p>

Темы рефератов

<p>Б1.Б.9.1 «Организационно-методическая аспекты физической и реабилитационной медицины»</p>	<p>1. Понятие о физической реабилитации. Виды физической реабилитации. Задачи физической реабилитации. 2. Принципы физической реабилитации. 3. Этапы физической реабилитации. 4. Средства физической реабилитации. 5. Особенности метода ЛФК.</p>
<p>Б1.Б.9.2 «Управление реабилитационным процессом, реабилитационный диагноз и индивидуальная программа медицинской реабилитации»</p>	<p>6. Клинико-физиологическое обоснование лечебного действия физических упражнений. 7. Механизмы регуляции физиологических функций при воздействии физических средств реабилитации. 8. Основные положительные эффекты физических упражнений. 9. Основные средства ЛФК. 10. Классификация физических упражнений.</p>
<p>Б1.Б.9.3 «Базовые фундаментальные знания (функциональная анатомия, функциональная физиология, нормальная патобиомеханика и др.)»</p>	<p>11. Способы дозировки физической нагрузки. 12. Формы ЛФК и их характеристика. 13. Периоды ЛФК и соответствующие им режимы двигательной активности. 14. Показания и противопоказания к применению ЛФК. 15. Понятие кинезотерапии, особенности метода кинезотерапии.</p>
<p>Б1.Б.9.4 «Диагностика в физической и реабилитационной медицине, принципы исследования нарушения функции, структур и ограничений жизнедеятельности, оценка роли персональных факторов и факторов среды»</p>	<p>16. Средства кинезотерапии, классификация физических упражнений. 17. Механизмы и принципы кинезотерапии. 18. Физическая реабилитация при компрессионном переломе позвоночника. 19. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей. 20. Физическая реабилитация при травмах нижних конечностей.</p>
<p>Б1.Б.9.5 «Диагностика в детской физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>21. Физическая реабилитация при врожденной мышечной кривошее. 22. Физическая реабилитация при дисплазии тазобедренных суставов, врожденном вывихе бедра. 23. Методика физической реабилитации при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника.</p>
<p>Б1.Б.9.6 «Основные реабилитационные мероприятия во взрослой реабилитации»</p>	<p>24. Методика физической реабилитации при нарушениях осанки, сколиотической болезни и плоскостопии. 25. Физическая реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. 26. Методика физической реабилитации при хронической ишемической болезни сердца, инфаркте миокарда, гипертонической, гипотонической и вегето-сосудистой</p>

	<p>болезни на стационарном, санаторном и амбулаторном этапах.</p>
<p>Б1.Б.9.7 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях центральной нервной системы (ЦНС): сосудистые, опухолевые, травматические, воспалительные, дегенеративные состояния головного и спинного мозга»</p>	<p>27. Методика физической реабилитации при врожденных и приобретенных пороках сердца. 28. Методика физической реабилитации при артериальной недостаточности и варикозном расширении вен нижних конечностей. 29. Методика физической реабилитации при заболеваниях органов дыхания: бронхите, пневмонии, бронхоэктатической болезни, бронхиальной астме. 30. Дыхательная гимнастика Стрельниковой, Толкачева, Бутейко, Стрельцовой.</p>
<p>Б1.Б.9.8 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы на первом, втором и третьем этапах реабилитации»</p>	<p>31. Методика разработки индивидуальных программ медицинской реабилитации в целях профилактики отклонений в физическом развитии с учетом возраста, влияние заболевания на физическое и психомоторное развитие и функциональный статус человека 32. Методика разработки комплекса методов медицинской реабилитации для самостоятельного применения с учетом возраста, заболевания и функционального статуса 33. Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей), имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека 34. Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности (их законных представителей) 35. Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p>
<p>Б1.Б.9.9 «Реабилитация при заболеваниях и патологических состояниях кардио-респираторной системы и других систем»</p>	<p>36. Методика формулирования реабилитационного диагноза и реабилитационного потенциала 37. Методики анализа окружающей среды (дома, в квартире, на рабочем месте, в медицинской организации) пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека 38. Показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов и медицинских изделий в процессе медицинской реабилитации 39. Порядки оказания медицинской помощи пациентам по профилям заболеваний и (или) состояний, в связи с развитием которых проводятся мероприятия по медицинской реабилитации</p>
<p>Б1.Б.9.10 «Онкология в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>40. Порядки оказания медицинской помощи при основных заболеваниях, являющихся причиной инвалидности, неинфекционных заболеваниях и сопутствующих</p>

	<p>заболеваниях, патологических состояниях, связанных с проблемами перинатального периода</p> <p>41.Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>42.Порядок оказания детям медицинской помощи по медицинской реабилитации</p> <p>43.Порядок организации медицинской реабилитации</p>
<p>Б1.Б.9.11 «Физиотерапия в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>44.Цели и задачи реабилитации.</p> <p>45.Принципы и этапы реабилитационных мероприятий.</p> <p>46.Формы организации восстановительной терапии.</p> <p>47.Программа медицинской реабилитации пациента.</p> <p>48.Роль медицинской сестры в реабилитации.</p>
<p>Б1.Б.9.12 «Лечебная физкультура в физической и реабилитационной медицине»</p>	<p>49.Медицинский аспект реабилитации. Определение понятия, формы, место в общей системе восстановительного лечения.</p> <p>50.Физический аспект реабилитации. Определение понятия, формы, роль на различных этапах восстановительного лечения.</p> <p>51.Стационарный этап реабилитации: цели, задачи.</p> <p>52.Послебольничный или поликлинический этап реабилитации:формы и место проведения реабилитации, цели, задачи.</p> <p>53.Физическая реабилитация при компрессионном переломе позвоночника.</p> <p>54. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей.</p> <p>55. Физическая реабилитация при травмах нижних конечностей.</p> <p>56. Физическая реабилитация при врожденной мышечной кривошее.</p> <p>57. Физическая реабилитация при дисплазии тазобедренных суставов, врожденном вывихе бедра.</p> <p>58.Физическая реабилитация при остеохондропатиях.</p> <p>59.Физическая реабилитация при гинекологических заболеваниях.</p> <p>60.Физическая реабилитация при инсульте</p>

Критерии и шкала оценивания

2. Реферат

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

- четырем критериям Хорошо (4)	4. Соблюдение требований к оформлению
-пяти критериям Отлично (5)	5. Грамотность

3. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	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 программе освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»

Перечень вопросов для устного собеседования:

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
2.	Техники мануальной терапии на шейном отделе позвоночника	УК-1, ОПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
5.	Аускультация легких взрослого	УК-1, ОПК-7
6.	Техники мануальной терапии на поясничном отделе позвоночника	УК-1, ОПК-7
7.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	
8.	Оказание неотложной помощи при гипгликемии	
9.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
10.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
11.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
12.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
13.	Консультирование пациента /законных представителей пациента	УК-1, ОПК-7
14.	Мануальная диагностика функции двуглавой мышцы плеча	УК-1, ОПК-7
15.	Методика проведения функциональных тестов в мануальной терапии	УК-1, ОПК-7

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

№	Вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
2.	Методика проведения мануальная диагностика функции двуглавой мышцы плеча	УК-1, ОПК-7
3.	Техники мануальной терапии на шейном отделе позвоночника	УК-1, ОПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
5.	Методика консультирования пациента /законных представителей пациента	УК-1, ОПК-7
6.	Методика проведения функциональных тестов в мануальной терапии	УК-1, ОПК-7
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
8.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
10.	Техники мануальной терапии на поясничном отделе позвоночника	УК-1, ОПК-7
11.	Тактика ведение больного при гипогликемии.	УК-1, ОПК-7
12.	Тактика ведение больного при гипергликемии.	УК-1, ОПК-7
13.	Методика аускультации легких взрослого.	УК-1, ОПК-7
14.	Тактика ведение больного при ЖКК.	УК-1, ОПК-7
15.	Тактика ведение больного при ОНМК.	УК-1, ОПК-7

--	--	--

Банк тестовых заданий (с ответами);

<p>1. Медицинская этика - это:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Специфическое проявление общей этики в деятельности врачаб) Наука, помогающая повысить профессиональный уровень врача;в) Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работниковг) Наука, изучающая принципы оценки эффективности лечения.д) Наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качестве) Верно б, д, в.ж) Верно а, б, в. <p>2. Заболеваемость населения определяет:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Количество вновь возникших заболеванийб) Совокупность вновь возникших в данном году заболеванийв) Общее количество обращений в данном годуг) Распространённость заболеваний в данном годуд) Количество посещений в данном годуе) Все перечисленное верно. <p>3. Что для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования являются основой:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Объем финансовых средствб) Базовая программа ОМС;в) Перечень медицинских учреждений, участвующих в ОМС;г) Численность и состав населения территории;д) Показатели объема медицинской помощи населению;е) Все перечисленное верно. <p>4. Международная классификация болезней - это:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.б) Перечень наименований болезней в определенном порядке;в) Система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;г) Перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;д) Перечень диагнозов в определенном порядке;

е) Верно г, д.

ж) Верно а, б, в.

5. Выберите основные задачи здравоохранения на современном этапе:

а) Развитие многоканальности финансирования:

б) Увеличение кадрового потенциала;

в) Недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи;

г) Формирование правовой базы реформ отрасли.

д) Сохранение общественного сектора здравоохранения;

е) Все перечисленное верно

6. В стационарных условиях отделений рефлексотерапия применяется везде кроме:

а) Неврологического.

б) Рентгенологического.

в) Терапевтического.

г) Ортопедического.

д) Анестезиологического.

7. После успешного прохождения аккредитации что выдается медицинскому учреждению:

а) Диплом

б) Разрешение

в) Свидетельство

г) Сертификат

д) Лицензия

8. Заведующий отделением в области экспертизы нетрудоспособности выполняет следующие функции:

а) Контроль за проведением экспертизы трудоспособности врачами отделения

б) Решение сложных и консультативных вопросов нетрудоспособности

в) Освобождение от занятий студентов на срок свыше 2-х месяцев

г) Продление больничного листа на срок свыше 10 дней

д) Установление факта стойкой нетрудоспособности

е) Все перечисленное верно.

9. Основными звеньями первичной профилактики являются все перечисленные, кроме:

а) Увеличения врачебных кадров.

б) Формирования здорового образа жизни у населения.

в) Диспансерного наблюдения за больными.

г) Диспансерного наблюдения за здоровыми людьми.

д) Создания здоровых условий жизни.

10. Применять мануальную терапию можно при следующих степенях функциональной блокады /по К. Левиту/:

- а) 1 степени;
- б) 2 степени;
- в) 3 степени;
- г) 4 степени;

д) Верно а,б,в.

11. К ФБ в ПДС приводит

- а) миофиксация
- б) разрастание костной ткани
- в) грыжа межпозвонкового диска
- г) ЛГМ

12. К экстензорам бедренного сустава относятся:

- а) Большая ягодичная мышца, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;
- б) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, полуперепончатая мышца;
- в) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, трехглавая мышца голени;
- г) **Большая ягодичная мышца, короткая головка двуглавой мышцы бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;**
- д) Все перечисленное.

13. При выяснении причины головной боли необходимо дифференцировать между собой:

- а) Опухоль головного мозга;
- б) Цервикогенные головные боли;
- в) Интоксикационные головные боли;
- г) Тригеминальная невралгия;
- д) **Все верно.**

15. Показаниями для мануальной терапии являются:

- а) Цервикалгии;
- б) Интеркапсулярная дорсалгия;
- в) **Хронические люмбалгии с наличием функциональных блоков;**
- г) Функциональная блокада 1 степени;
- д) Сколиоз.

16. Полуперепончатая мышца:

- а) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;

- б) Сгибает бедро и выпрямляет туловище;
- в) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;**
- г) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее наружу;
- д) Всё перечисленное.

17. Латентная миофасциальная триггерная точка это:

- а) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки
- б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения
- в) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжё скелетной мышцы, активизирующийся при перегрузке, но не активизирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце
- г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области
- д) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации**

18. В каких мышцах наиболее часто встречаются триггерные пункты

- а) в расслабленных
- б) в укороченных**
- в) в укороченных и в расслабленных одинаково часто

19. ФБ это

- а) обратимое ограничение в ПДС**
- б) необратимое ограничение в ПДС
- в) первое и второе утверждения верны

20. Для ЛГМ характерно

- а) повышенный угол движения в ПДС
- б) обычно находится выше или ниже ФБ
- в) синдром соскальзывания
- г) все вышеперечисленное верно**

21. При максимальном наклоне вперед, увеличение расстояния С7-S1 считается нормальным:

- а) 1-2 см;
- б) 3-5 см;
- в) 5-7 см;**
- г) 8-10 см;
- д) 10-12 см.

22. Оптимальное время напряжения при выполнении постизометрической релаксации:

а) Не имеет значения;

б) 10 секунд;

в) 20 секунд;

г) 30 секунд;

д) 40 секунд.

23. В диагностике дисфункций таза ключевым тестом является

а) жилетт-тест

б) флексионный тест

в) спайн-тест

г) все вышеперечисленное верно

24. Осложнения при проведении МТ недостаточно подготовленным врачом обусловлены:

а) Чрезмерным усилием, прилагаемым врачом;

б) Недостаточным усилием;

в) Незнанием определённой техники мобилизации и манипуляции;

г) Неправильным выполнением техники мобилизации и манипуляции;

д) Всё вышеперечисленное

25. Что предшествует ПН

а) пассивное движение

б) активное движение

в) игра суставов

г) пружинящее сопротивление

26. Ведущими рентгенологическими признаками при ревматоидном артрите являются:

а) Околосуставной эпифизарный остеопороз;

б) Сужение суставной щели;

в) Краевые эрозии (узур);

г) Всё перечисленное верно;

27. К ПБМИ относят

а) ФБ, ЛГМ, РПДМ

б) ФБ, ЛГМ, РПДМ, НОДС, УРМ

в) ФБ, ЛГМ, НОДС, АЛП

28. В мануальной терапии обозначается термином "артрон":

а) Взаимоисвязьинтерverteбрального сустава с телами соседних позвонков;

б) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с нервной системой;

- в) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с мышечной системой;
- г) Взаимосвязь интерverteбрального сустава со связочным аппаратом;
- д) Все перечисленное.

29. Разгибание в поясничном отделе позвоночника в норме возможно на:

- а) 20-30 градусов
- б) 30-35 градусов**
- в) 40-60 градусов
- г) 100- 110 градусов;
- д) 110- 120 градусов.

30. При изометрическом напряжении

- а) происходит движение в суставе
- б) точки прикрепления остаются на месте
- в) движения в суставе нет
- г) верно б) и в)**

31. Трапецевидная мышца:

- а) Поднимает и опускает лопатку;
- б) Поднимает лопатку;
- в) Опускает лопатку;
- г) Поднимает и опускает лопатку, приближает ее к позвоночному столбу;**
- д) Все перечисленное;

32. В понятие МФР входит

- а) давление
- б) тракция
- в) скручивание
- г) все вышеперечисленное**

33. Функциональная единица позвоночника

- а) позвонок
- б) два смежных позвонка
- в) ПДС**

34. Наиболее правильная последовательность приемов лечения мануального терапевта:

- а) Мобилизация, манипуляция;
- б) Манипуляция, мобилизация;
- в) Манипуляция, мобилизация, ПИР;
- г) Манипуляция;
- д) ПИР, мобилизация, манипуляция.**

35. Показаниями для проведения мануальной терапии являются:

- а) Грыжа Шморля;
- б) Объёмные образования спинного мозга;
- в) Неврологические проявления остеохондроза;**
- г) Болезнь Бехтерева;
- д) Болезнь Бострупа

36. Метод растирания применяется при следующих функциональных состояниях мышечной сферы:

- а) При умеренно расслабленных мышцах;
- б) При резко расслабленных мышцах;
- в) При резко спазмированных мышцах;
- г) При хронически спазмированных мышцах;
- д) Всё перечисленное верно.**

37. К рентгенологическим признакам гормональной спондилодистрофии относятся:

- а) Снижение высоты тел позвонков;
- б) "Прозрачность" тел позвонков;
- в) Грыжи Шморля;
- г) "Рыбьи" позвонки;
- д) Всё вышеперечисленное.**

38. В мануальной рефлексотерапии обозначается термином "вертеброн":

- а) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с дисками;
- б) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с нервной системой;
- в) Взаимосвязь интерverteбрального сустава со связочным аппаратом;
- г) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с мышечным аппаратом;
- д) Всё перечисленное верно.**

39. При исследовании "игры суставов" фиксируют:

- а) Фиксируют дистальную кость;
- б) Фиксируют проксимальную и дистальную кости одновременно**
- в) Проксимальную кость, относящуюся к исследуемому суставу;
- г) Фиксация не имеет значения;
- д) Все вышеперечисленное.

40. Боковые наклоны во фронтальной плоскости в поясничном отделе позвоночника возможны в норме на:

- а) 20-30 градусов;**
- б) 30-35 градусов;

- в) 40-60 градусов;
- г) 100- 110 градусов;
- д) 110- 120градусов

41. Высота стола для мануальной рефлексотерапии должна достигать следующего уровня опущенных рук врача:

- а) Уровня плеча;
- б) Уровня предплечья;
- в) Уровня лучезапястного сустава;**
- г) Уровня 1 фалангового сочленения;
- д) Уровня кончиков пальцев рук.

42. Двигательным позвоночным сегментом называют:

- а) Шейный отдел позвоночника;
- б) Грудной отдел позвоночника;
- в) Поясничный отдел позвоночника;
- г) Два смежных позвонка и диск между ними;**
- д) Сегмент спинного мозга.

43. К типичным рентгенологическим признакам остеохондроза позвоночника относятся:

- а) Сужение межпозвонковой щели;
- б) Образование остеофитов;
- в) Субхондральный склероз;
- г) Грыжи Шморля;
- д) Всё перечисленное верно.**

44. Объем и направление движений по плоскостям в поясничном отделе позвоночника представляет:

- а) Боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание;
- б) Вращение, боковое сгибание, сгибание вперед, движения в передне-заднем и латеро-латеральном направлениях;
- в) Вращение, боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание;**
- г) Боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание, движения в передне-заднем и латеролатеральномнаправлениях;
- д) Все перечисленное.

45. Сателлитнаямиофасциальная триггерная точка это:

- а) гиперраздражимый участок в уплотненном тяже скелетной мышцы, активирующийся при перегрузке, но не активирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце**
- б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения

- в) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации
- г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области
- д) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки

46. Нейрофизиологические принципы МЭТ

- а) реципрокное торможение
- б) ПИР
- в) ПИР, реципрокное торможение**

47. Трехглавая мышца голени осуществляет:

- а) Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- б) Подошвенное сгибание стопы и сгибание голени в коленном суставе, при фиксированной стопе тянет голень и бедро назад;**
- в) Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- г) Подошвенное, боковое кнутри и кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- д) Всё перечисленное.

48. Манипуляционная техника при применении метода ритмического вытяжения руками должна проводиться в плоскости:

- а) В строго горизонтальной плоскости;
- б) Под углом 15 градусов к горизонтальной плоскости;**
- в) Под углом 30 градусов к горизонтальной плоскости;
- г) Под углом 50 градусов к горизонтальной плоскости;
- д) Строго в плоскости сгибания.

49. Больному с косым тазом применять мануальную терапию:

- а) Нельзя;
- б) Можно;**
- в) Относительно показано;
- г) Возможно после применения ортопедических мероприятий;
- д) Всё перечисленное верно.

50. Для УМ характерно

- а) пониженный тонус
- б) точки прикрепления удалены друг от друга
- в) повышенный тонус**
- г) гипермобильность обслуживаемого этой мышцей сустава

51. Спинальный центр парасимпатической иннервации мочевого пузыря находится в сегментах:

а) С7-Th1.

б) S1-S3;

в) L5-S1;

г) S3-S5;

д) С6-С7;

52. Общая теория функциональных систем включает следующие положения:

а) Иерархия функциональных систем;

б) Саморегуляция общий принцип организации функциональных систем;

в) Наличие обратных связей;

г) Всё перечисленное верно

д) Многосвязное взаимодействие различных функциональных систем по конечным результатам;

53. Уровень С1-С2 двигательного позвоночного сегмента соответствует:

а) Нижнему краю щитовидного хряща;

б) Мочке уха;

в) Середине расстояния между углом нижней челюсти и верхним краем щитовидного хряща;

г) Углу нижней челюсти;

д) Наружному слуховому проходу.

54. Кровоснабжение переднего рога, серой спайки, основания заднего рога и прилегающих к ним участков-передних боковых канатиков осуществляется:

а) Перимедулярной капиллярной сетью;

б) Из передних радикуло-медулярных артерий;

в) Из боковых радикуло-медулярных артерий;

г) Из задних радикуло-медулярных артерий;

д) Все перечисленное.

55. Количество позвоночно-двигательных сегментов составляет:

а) 21;

б) 20;

в) 23;

г) 22;

д) 24.

56. Тормозным действием обладает:

а) Альфа-мотонейрон;

- б) Нейрон спинномозгового ганглия
- в) Клетка Реншоу;
- г) Гамма-мотонейрон.
- д) Клетка Беца;

57. Основными составляющими студенистого ядра является:

- а) фибробласты;
- б) коллагеновые волокна;
- в) хондроциты;
- г) Основное вещество.
- д) **Всё перечисленное ниже верно;**

58. Сосцевидный отросток находится на верхних суставных отростках поясничных позвонков:

- а) На втором;
- б) На четвертом;
- в) На первом;
- г) На третьем;
- д) **На всех перечисленных.**

59. В норме таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси:

- а) **35-50 градусов;**
- б) 25 - 30 градусов.
- в) 15-30 градусов;
- г) 20 -25 градусов;
- д) 50 - 70 градусов;

60. Студенистое ядро в шейном отделе позвоночника находится:

- а) Может находиться ближе кпереди и кзади;
- б) **В центре;**
- в) Ближе кзади;
- г) Ближе кпереди;
- д) **Всё перечисленное.**

61. Лимбическая система:

- а) Участвует в формировании эмоций;
- б) Осуществляет температурную регуляцию;
- в) Регулирует цикл сон-бодрствование;
- г) **Участвует в формировании мотиваций;**
- д) **Всё перечисленное верно.**

62. Венозный отток в позвоночнике осуществляется:

- а) 4-мя продольными венами;
- б) 6-ю продольными венами;
- в) 8-ю продольными венами;

- г) 5-ю продольными венами;
- д) **Все перечисленное.**

63. Спинной мозг в позвоночном канале заканчивается на уровне:

- а) L2-L3;
- б) L1-L2;**
- в) L3-L4;
- г) L4-L5;
- д) L5-S1.

64. Особенностью шейных позвонков от С3 до С7 является наличие:

- а) унковертебральных сочленений;
- б) в сегменте С2-С3 поверхности дугоотростчатых суставов находятся под углом в 70 градусов;
- в) поверхности дугоотростчатых суставов средних и нижних шейных позвонков находятся под углом в 45 градусов по отношению к горизонтальной плоскости;
- г) **всё вышеперечисленное верно.**

65. Критические зоны кровоснабжения спинного мозга находятся:

- а) На уровне 7 шейного и 7 — 10 грудного позвонков;
- б) На уровне 7 шейного, 4-8 грудного и 1 поясничного позвонков;
- в) На уровне 2 — 3 шейного, 4 грудного и 1 поясничного позвонка;**
- г) На уровне атлантоокципитального сочленения, 7 грудного и 1 поясничного позвонков;
- д) Все перечисленное.

66. Количество воды в живой кости составляет:

- а) 50%;**
- б) 30%;
- в) 70%
- г) 40%;
- д) 60%;

67. Для слабого тормозного типа высшей нервной деятельности характерны:

- а) Быстрая адаптация в новых условиях;
- б) Трудная адаптация к новым условиям;**
- в) Быстрая реакция на окружающее;
- г) Предпочтение монотонной работы;
- д) Правильно В и Г.

68. К связочному аппарату позвоночника относится:

- а) Боковая связка;

- б) Передняя продольная связка;
- в) Желтая связка;
- г) Задняя продольная связка;
- д) **Всё перечисленное.**

69. В норме ширина суставной щели коленного сустава составляет:

- а) 8-12 мм;
- б) 2-4 мм;
- в) **4-8 мм;**
- г) 12-14 мм;
- д) Всё перечисленное верно.

70. Эмоциональные расстройства развиваются при патологии:

- а) Бледного шара;
- б) Лимбических структур и коры мозга;
- в) Мозжечка;
- г) Спинного мозга;
- д) **При всех перечисленных.**

71. В норме ширина суставной щели тазобедренного сустава составляет:

- а) 2-4 мм;
- б) 8-12 мм;
- в) **4-5 мм;**
- г) 12-14 мм;
- д) Всё перечисленное верно

72. Каждая серая соединительная ветвь пограничного ствола симпатической нервной системы содержит:

- а) **Безмякотные нервные волокна;**
- б) Мякотные нервные волокна;
- в) Мякотные и безмякотные нервные волокна;
- г) Преганглионарные нервные волокна;
- д) Все перечисленное.

73. По полной реберной ямке имеется на следующих грудных позвонках:

- а) На 11 и 12;
- б) На 2;
- в) **На 9 и 10;**
- г) На 4 и 5;
- д) На всех перечисленных.

74. Вегетативная нервная система обеспечивает:

- а) Трофотропную функцию;

- б) Интеграцию трофотропной и эрготропной функций
- в) Эрготропную функцию;
- г) **Всё перечисленное верно.**

75. Суставные отростки в поясничном отделе позвоночника расположены:

- а) **Фронтально**
- б) Горизонтально;
- в) Сагитально;
- г) Вертикально;
- д) Все перечисленное.

76. Особенности лимфокапилляров являются:

- а) Боковые выпячивания;
- б) Большой диаметр (от 0,01 до 0,2 мм);
- в) Отсутствие мышечной стенки;
- г) Неровный контур стенки;
- д) **Всё перечисленное верно.**

77. Артерия Адамкевича — это:

- а) **Передняя спинальная артерия;**
- б) Корешково-спинальная артерия шейного утолщения;
- в) Межреберная артерия;
- г) Корешково-спинальная артерия поясничного утолщения;
- д) Задняя спинальная артерия.

78. К типам высшей нервной деятельности (по И. П. Павлову) относятся:

- а) Тормозной сильный;
- б) **Возбудимый слабый;**
- в) Тормозной слабый;
- г) Возбудимый сильный;
- д) Все перечисленные.

79. Суставные поверхности в среднем и нижнем шейном отделах позвоночника образуют с телом позвонка по отношению к горизонтали:

- а) Угол 60 градусов;
- б) Угол 30 градусов;
- в) **Угол 48 градусов;**
- г) Угол 90 градусов;
- д) Все перечисленное.

80. Возбуждающим действием на нейроны обладают:

- а) Пируватдегидрогеназа;
- б) Глутамин;

в) Гаммааминомасляная кислота;

г) Аспартат.

д) Серотонин;

81. В венах спинного мозга:

а) Клапаны имеют двухстворчатую форму;

б) Клапаны имеют полулунную форму;

в) Клапаны имеют трехстворчатую форму;

г) Нет венозных клапанов;

д) Клапаны имеют четырехстворчатую форму.

82. Высокий ассимилированный таз имеет наклон диска L5-S1 по отношению к горизонтальной оси:

а) 50-70 градусов;

б) 35-50 градусов;

в) 15-30 градусов;

г) 25 — 30 градусов.

д) 20 —25 градусов;

83. Шейная часть симпатического нервного ствола располагается:

а) На поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы шеи;

б) На поверхности длинной мышцы шеи;

в) Позади сосудисто-нервного пучка шеи на поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы шеи;

г) Позади сосудисто-нервного пучка шеи;

д) Все перечисленное.

84. Наибольшее физиологическое сужение позвоночного канала располагается на уровне:

а) С2;

б) С6;

в) С3;

г) С7.

д) С4;

85. Лимфатические капилляры отсутствуют в:

а) Головном и спинном мозге;

б) Селезёнке;

в) Дерме;

г) Лёгких.

д) Печени;

86. Артерия Адамкевича входит в позвоночный канал чаще:

а) Слева;

б) Посредине;

- в) Сзади;
- г) Справа;
- д) Все перечисленное верно.

87. Экстрапирамидная система включает:

- а) Чёрную субстанцию;
- б) Голубое пятно;
- в) Мозжечок;
- г) Красные ядра;
- д) **Всё перечисленное верно.**

88. Ветви поясничного сплетения иннервируют

- а) Грушевидную мышцу;
- б) Подвздошную мышцу;
- в) Кожа медиальной поверхности и внутреннюю капсулу коленного сустава;
- г) Большую и малую поясничную мышцу;
- д) **Верно А,Б,В.**

89. Венозный отток спинного мозга осуществляется:

- а) 5 продольными венами;
- б) 4 продольными венами;
- в) 6 продольными венами;
- г) 3 продольными венами;
- д) **Все перечисленное.**

90. Наружная запирающая мышца:

- а) Выпрямляет бедро;
- б) **Поворачивает бедро кнаружи;**
- в) Сгибает бедро;
- г) Поворачивает бедро кнутри;
- д) Отводит бедро.

91. Межпозвонковые диски:

- а) **Не имеют кровеносных сосудов;**
- б) Кровоснабжаются из передних и задних радикуло-медулярных артерий;
- в) Кровоснабжаются из задних радикуло-медулярных артерий;
- г) Кровоснабжаются из перимедулярной капиллярной сети;
- д) Все перечисленное.

92. Горизонтальный таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси:

- а) 35-50 градусов;
- б) 20 -25 градусов;
- в) **50-70 градусов;**

- г) 15-30 градусов;
- д) 25 - 30 градусов.

93. В норме ширина позвоночного канала, на шейном уровне составляет:

- а) от 8 мм до 12мм;
- б) от 14 мм и больше;
- в) от 6 мм до 8 мм;
- г) **от 10 мм до 12мм;**
- д) Всё перечисленное верно.

94. Позвонки сочленяются друг с другом с помощью соединений:

- а) Синостозов
- б) Хрящевых;
- в) Истинных суставов;
- г) Соединительнотканых;
- д) **Всё перечисленное верно.**

95. Выстояние зуба С2 выше линии Чемберлена в норме возможно на:

- а) **4 мм;**
- б) 8 мм;
- в) 6 мм;
- г) всё выше перечисленное верно.

96. Суставные отростки в грудном отделе позвоночника расположены:

- а) **Фронтально;**
- б) Горизонтально;
- в) Вертикально;
- г) Сагитально;
- д) Все перечисленное.

97. Количество позвонков у человека составляет:

- а) 3030;
- б) **33-34;**
- в) 31;
- г) 35.
- д) 32;

98. Мышечные ветви плечевого сплетения иннервируют:

- а) Подключичную мышцу;
- б) Длинную мышцу шеи;
- в) Большую грудную мышцу;
- г) Переднюю лестничную мышцу;
- д) **Всё перечисленное верно.**

99. В поясничной области межпозвонковые диски составляют:

- а) $1/5$ длины;
- б) $1/4$ длины;
- в) $1/3$ длины;
- г) **$1/10$ длины.**
- д) $1/2$ длины;

100. Крестцово-подвздошные межкостные связки:

- а) **Прикрепляются своими концами к подвздошной и крестцовой бугристым;**
- б) К затылочной поверхности крестца в области 17 крестцового позвонка;
- в) К латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 2 — 3 крестцовых отверстий;
- г) К латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 1-3 крестцовых отверстий;
- д) Все перечисленное.

101.УРОВЕНЬ С1-С2 ДВИГАТЕЛЬНОГО ПОЗВОНОЧНОГО СЕГМЕНТА СООТВЕТСТВУЕТ:

- а) Нижнему краю щитовидного хряща;
- б) Мочке уха;
- в) Середине расстояния между углом нижней челюсти и верхним краем щитовидного хряща;
- г) **Углу нижней челюсти;**

103.КОЛИЧЕСТВО ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 21;
- б) 20;
- в) **23;**
- г) 22;

104. ТОРМОЗНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ:

- а) Альфа-мотонейрон;**
- б) Нейрон спинномозгового ганглия
- в) Клетка Реншоу;
- г) Гамма-мотонейрон.

105. В НОРМЕ ТАЗ ИМЕЕТ НАКЛОН ДИСКА L5- S1 ПО ОТНОШЕНИЮ К ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ОСИ:

- а) 35-50 градусов;**
- б) 25 - 30 градусов.
- в) 15-30 градусов;
- г) 20 -25 градусов;

106. СТУДЕНИСТОЕ ЯДРО В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА НАХОДИТСЯ:

- а) Может находиться ближе кпереди и кзади;
- б) В центре;**
- в) Ближе кзади;
- г) Ближе кпереди;

107. СПИННОЙ МОЗГ В ПОЗВОНОЧНОМ КАНАЛЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ:

- а) L2-L3;
- б) L1-L2;**
- в) L3-L4;
- г) L4-L5;

108. ОСОБЕННОСТЬЮ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ ОТ С2 ДО С7 ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:

- а) унковертебральных сочленений;
- б) в сегменте С2-С3 поверхности дугоотростчатых суставов находятся под углом в 70 градусов;
- в) поверхности дугоотростчатых суставов средних и нижних шейных позвонков находятся под углом в 45 градусов по отношению к горизонтальной плоскости;
- г) всё вышеперечисленное верно.

109. КРИТИЧЕСКИЕ ЗОНЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА НАХОДЯТСЯ:

- а) На уровне 7 шейного и 7 — 10 грудного позвонков;
- б) На уровне 7 шейного, 4-8 грудного и 1 поясничного позвонков;
- в) На уровне 2 — 3 шейного, 4 грудного и 1 поясничного позвонка;
- г) На уровне атлантоокципитального сочленения, 7 грудного и 1 поясничного позвонков;

110. В НОРМЕ ШИРИНА СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ КОЛЕННОГО СУСТАВА СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 8-12 мм;
- б) 2-4 мм;
- в) 4-8 мм;
- г) 12-14 мм;

111. ПО ПОЛНОЙ РЕБЕРНОЙ ЯМКЕ ИМЕЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКАХ:

а) На 11 и 12;

б) На 2;

в) На 9 и 10;

г) На 4 и 5;

**112. ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА
ОБЕСПЕЧИВАЕТ:**

а) Трофотропную функцию;

б) Интеграцию трофотропной и эрготропной функций

в) Эрготропную функцию;

г) Всё перечисленное верно.

**113. СУСТАВНЫЕ ОТРОСТКИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ
ПОЗВОНОЧНИКА РАСПОЛОЖЕНЫ:**

а) Фронтально

б) Горизонтально;

в) Сагитально;

г) Вертикально;

114. АРТЕРИЯ АДАМКЕВИЧА — ЭТО:

а) Передняя спинальная артерия;

б) Корешково-спинальная артерия шейного утолщения;

в) Межреберная артерия;

г) Корешково-спинальная артерия поясничного утолщения;

**115. ВОЗБУЖДАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ НА НЕЙРОНЫ
ОБЛАДАЮТ:**

а) Пируватдегидрогеназа;

б) Глутамин;

в) Гаммааминомасляная кислота;

г) Аспартат.

116.В ВЕНАХ СПИННОГО МОЗГА:

а) Клапаны имеют двухстворчатую форму;

б) Клапаны имеют полулунную форму;

в) Клапаны имеют трехстворчатую форму;

г) Нет венозных клапанов;

**117.НАИБОЛЬШЕЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СУЖЕНИЕ
ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА
УРОВНЕ:**

а) С2;

б) С6;

в) С3;

г) С7.

118. ЛИМФАТИЧЕСКИЕ КАПИЛЛЯРЫ ОТСУТСТВУЮТ В:

а) Головном и спинном мозге;

б) Селезёнке;

в) Дерме;

г) Лёгких.

**119. ПРИЧИНАМИ ОСЛОЖНЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ СЛУЖАТ:**

а) Проведение МТ недостаточно обследованному больному;

б) Проведение МТ врачом, некомпетентному в вертеброневрологии;

г) Недостаточность мероприятий направленных на закрепление эффекта МТ;

120. АМПЛИТУДА НАКЛОНА ПОЗВОНОЧНИКА ВПЕРЁД В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

а) 30 градусов;

б) 40 градусов;

в) 50 градусов;

г) **90 градусов.**

121. ОБЪЕМ И НАПРАВЛЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ ПО ПЛОСКОСТЯМ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ОТ С3 ДО С7 ПРЕДСТАВЛЯЕТ:

а) Вращение, наклоны в стороны, вперед-назад и в передне-заднем направлениях;

б) Вращение, наклоны в стороны;

в) Вращение, наклоны в стороны, сгибание и разгибание;

г) **Вращение, наклоны в стороны, вперед и назад, движения в передне-заднем и латеро-латеральном направлениях;**

122. ПРИ ИЗОТОНИЧЕСКОМ НАПРЯЖЕНИИ МЫШЦЫ

а) **точки прикрепления мышц сближаются**

б) точки прикрепления мышц остаются на месте

в) движение в суставе не происходит

г) верно б) и в)

123. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ СУЖЕНИЯ ИЛИ НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ МЕЖ ПОЗВОНКОВОГО ОТВЕРСТИЯ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПОКАЗАНА РЕНТГЕНОГРАФИЯ:

- а) В прямой проекции;
- б) В косой проекции;
- в) В боковой проекции;**
- г) В состоянии максимального поворота головы в сторону;

124. К ЭКСТЕНЗОРАМ БЕДРЕННОГО СУСТАВА ОТНОСЯТСЯ:

- а) Большая ягодичная мышца, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;
- б) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, полуперепончатая мышца;
- в) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, трехглавая мышца голени;
- г) Большая ягодичная мышца, короткая головка двуглавой мышцы бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;**

125. ПРИ ВЫЯСНЕНИИ ПРИЧИНЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МЕЖДУ СОБОЙ:

- а) Опухоль головного мозга;
- б) Цервикогенные головные боли;
- в) Тригеминальная невралгия;
- г) Все верно.**

126. ПОЛУПЕРЕПОНЧАТАЯ МЫШЦА:

- а) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
- б) Сгибает бедро и выпрямляет туловище;
- в) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;**
- г) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее кнаружи;

127. В КАКИХ МЫШЦАХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ТРИГГЕРНЫЕ ПУНКТЫ

- а) в расслабленных
- б) в укороченных**
- в) в укороченных и в расслабленных одинаково часто
- г) в гладкой мускулатуре

128. ОПТИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ:

- а) Не имеет значения;
- б) 10 секунд;**
- в) 20 секунд;
- г) 30 секунд;

129. В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИЙ ТАЗА КЛЮЧЕВЫМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) жилетт-тест
- б) флексионный тест**
- в) спайн-тест
- г) все вышеперечисленное верно

130. ВЕДУЩИМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Околосуставной эпифизарный остеопороз;
- б) Сужение суставной щели;
- в) Краевые эрозии (узурь);
- г) **Всё перечисленное верно;**

131. РАЗГИБАНИЕ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА В НОРМЕ ВОЗМОЖНО НА:

- а) 20-30 градусов
- б) **30-35 градусов**
- в) 40-60 градусов
- г) 100- 110 градусов;

132. ПРИ ИЗОМЕТРИЧЕСКОМ НАПРЯЖЕНИИ

- а) происходит движение в суставе
- б) точки прикрепления остаются на месте
- в) движения в суставе нет
- г) **верно б) и в)**

133. ТРАПЕЦИЕВИДНАЯ МЫШЦА:

- а) Поднимает и опускает лопатку;
- б) Поднимает лопатку;
- в) Опускает лопатку;
- г) **Поднимает и опускает лопатку, приближает ее к**

позвоночному столбу;

134. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЕДИНИЦА ПОЗВОНОЧНИКА

- а) позвонок
- б) два смежных позвонка
- в) ПДС
- г) отдел позвоночника

135. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ "ИГРЫ СУСТАВОВ" ФИКСИРУЮТ:

- а) Фиксируют дистальную кость;
- б) **Фиксируют проксимальную и дистальную кости одновременно**
- в) Проксимальную кость, относящуюся к исследуемому суставу;
- г) Фиксация не имеет значения;

136. Боковые наклоны во фронтальной плоскости в поясничном отделе позвоночника возможны в норме на:

- а) **20-30 градусов;**
- б) 30-35 градусов;
- в) 40-60 градусов;
- г) 100- 110 градусов;

137. ВЫСОТА СТОЛА ДЛЯ МАНУАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ДОЛЖНА ДОСТИГАТЬ СЛЕДУЮЩЕГО УРОВНЯ ОПУЩЕННЫХ РУК ВРАЧА:

- а) Уровня плеча;

- б) Уровня предплечья;
- в) Уровня лучезапястного сустава;
- г) Уровня 1 фалангового сочленения;

138. ДВИГАТЕЛЬНЫМ ПОЗВОНОЧНЫМ СЕГМЕНТОМ НАЗЫВАЮТ:

- а) Шейный отдел позвоночника;
- б) Грудной отдел позвоночника;
- в) Поясничный отдел позвоночника;
- г) Два смежных позвонка и диск между ними;

139. ТРЕХГЛАВАЯ МЫШЦА ГОЛЕНИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:

- а) Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- б) Подошвенное сгибание стопы и сгибание голени в коленном суставе, при фиксированной стопе тянет голень и бедро назад;
- в) Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- г) Подошвенное, боковое кнутри и кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;

140. МАНИПУЛЯЦИОННАЯ ТЕХНИКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА РИТМИЧЕСКОГО ВЫТЯЖЕНИЯ РУКАМИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПЛОСКОСТИ:

- а) В строго горизонтальной плоскости;
- б) Под углом 15 градусов к горизонтальной плоскости;
- в) Под углом 30 градусов к горизонтальной плоскости;

г) Под углом 50 градусов к горизонтальной плоскости;

150. БОЛЬНОМУ С КОСЫМ ТАЗОМ ПРИМЕНЯТЬ МАНУАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ:

а) Нельзя;

б) Можно;

в) Относительно показано;

г) Возможно после применения ортопедических мероприятий;

151. САКРАЛИЗАЦИЯ ЭТО:

а) Спаяние дистального поясничного позвонка с крестцом;

б) Наличие 6 позвонка в поясничном отделе позвоночника за счёт верхнего крестцового сегмента;

в) Увеличение общего количества позвонков;

г) Увеличение копчиковых позвонков;

152. МАНИПУЛЯЦИЕЙ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НАЗЫВАЮТ:

а) Ручное воздействие на сустав в виде короткого быстрого толчка;

б) Фиксация суставных отростков;

в) Ручное воздействие на заинтересованные структуры в виде разнообразных ритмических приёмов;

г) Тракция сустава;

153. КРИТЕРИЯМИ БЛОКИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Ограничение движений;

- б) Отсутствие пружинистости при пальпации в заблокированном сегменте;
- в) Повышенное напряжение в заблокированном сегменте при пальпации;
- г) **Всё перечисленное верно.**

154. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТИПИЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ:

- а) **С вращением плеча кнутри до угла 40-50 градусов;**
- б) С вращением плеча кнутри до угла 60-70 градусов;
- в) С вращением плеча кнутри до угла 80 градусов;
- г) С вращением плеча кнутри до угла 85 градусов;

155. ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СПОНДИЛОГЕННЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ:

- а) Показано только при резко выраженном болевом синдроме;
- б) Противопоказано;
- в) Относительно показано;
- г) **Показано;**

156. ПРИМЕНЯТЬ БОЛЬНОМУ С ПОВЫШЕННОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА МЕТОД РИТМИЧЕСКОГО ВЫТЯЖЕНИЯ РУКАМИ:

- а) Можно;
- б) **Нельзя;**
- в) Можно в стадии относительной ремиссии;
- г) Можно через 2 недели после начала заболевания;

**157. БЛОКИРОВАНИЕ В СОСЕДНИХ ПДС
КОМПЕНСИРУЕТСЯ:**

а) Гипермобильностью;

б) Гипомобильностью;

в) Остеартрозом;

г) Спондилёзом;

158. НАРУЖНАЯ КОСАЯ МЫШЦА ЖИВОТА :

а) сгибает туловище, является антагонистом разгибателей туловища

б) наклоняет туловище вперед с ротацией в свою сторону.

в) производит наклон туловища вперед с ротацией в противоположную сторону.

г) фиксирует туловище при ходьбе, наклоняет его в свою сторону

159. БЛОКИРОВАНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ЭТО:

а) Обратимое ограничение его подвижности в двигательном сегменте;

б) Ограничение подвижности по отношению к вертикальной оси;

в) Ограничение подвижности по отношению к горизонтальной оси;

г) Ограничение ротации;

**160. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛОЙ
РОМБОВИДНОЙ МЫШЦЫ**

а) При дыхательном сокращении наклоняет голову и шейный, отдел позвоночника столба вперед;

б) Оттягивает лопатку от позвоночного столба;

в) Приближает лопатку к позвоночному столбу по косой линии к середине и вверх;

г) Поднимает лопатку, при фиксированной лопатке наклоняет шейную часть позвоночника кзади и в свою сторону;

161. МАНИПУЛЯЦИЯ ВСЕГДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ:

а) Наибольшей выраженности боли;

б) Отсутствия боли;

в) Наименьшей выраженности боли;

г) В сторону наименьшей подвижности;

162. ПОВЫШЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ В СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

а) Не является важным клиническим признаком;

б) Проявлением конституциональных особенностей пациента;

в) Приобретённым профессиональным качеством;

г) Патологической гипермобильности;

163. ДВИЖЕНИЯ В САКРОИЛИАЛЬНОМ СОЧЛЕНЕНИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ:

а) В передне-заднем и вертикальном направлении;

б) В вертикальном направлении;

в) В передне-заднем направлении;

г) В сагиттальном направлении;

164. АМПЛИТУДА РАЗГИБАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА В

НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 30 градусов;
- б) 40 градусов;
- в) 50 градусов;
- г) 60 градусов;

**165. ВРАЩЕНИЕ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ
ПОЗВОНОЧНИКА ВОЗМОЖНО В НОРМЕ НА:**

- а) 10-15 градусов;
- б) 20-30 градусов;
- в) 30-35 градусов;
- г) 40-60 градусов;

**166. ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
СВЕЖИХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
СУСТАВОВ:**

- а) Показано;
- б) Относительно показано;
- в) Показано с давностью заболевания;
- г) Противопоказано.

**167. ПРИЗНАКАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ
ДВИГАТЕЛЬНОГО ПОЗВОНОЧНОГО СЕГМЕНТА
ЯВЛЯЮТСЯ:**

- а) Ограничение подвижности в позвоночных суставах;
- б) Боли в паравертебральных точках;
- в) Наличие анкилозов между остеофитами;
- г) Остеартроз;

168. МАЛАЯ РОМБОВИДНАЯ МЫШЦА:

- а) Приближает лопатку к позвоночному столбу по косой линии к середине и вверх;**
- б) Поднимает лопатку;
- в) Оттягивает лопатку от позвоночного столба;
- г) Наклоняет голову вперед;

169. ОСНОВНОЙ ЭФФЕКТ ПРИ ОСЦИЛЯЦИОННОЙ ТЕХНИКЕ

- а) Противоболевой;
- б) Противоотечный;
- в) Диагностический;**
- г) Противовоспалительный

170. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛУПЕРЕПОНЧАТОЙ МЫШЦЫ:

- а) Принимает участие в выпрямлении туловища, сгибает бедро;
- б) Разгибает бедро, сгибнет голень, вращает ее внутрь;**
- в) Разгибает бедро, сгибает голень, вращает ее кнаружи;
- г) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;

171. МАНИПУЛЯЦИОННАЯ ТЕХНИКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- а) Осуществляется без сопротивления в направлении, противоположном движению;

б) Осуществляется без сопротивления в направлении движения;

в) Осуществляется при сильном сопротивлении в направлении движения;

г) Осуществляется при сильном сопротивлении в направлении противоположном движению;

172. БОЛЬШАЯ ГРУДНАЯ МЫШЦА:

а) Поднимает лопатку;

б) Приближает лопатку к позвоночному столбу;

в) Опускает поднятую руку;

г) Опускает лопатку;

173. ЛЮМБАЛИЗАЦИЯ ЭТО:

а) Наличие 6 позвонка в копчиковом отделе позвоночника;

б) Спаяние дистального поясничного позвонка с крестцом;

в) Наличие 6 позвонка в поясничном отделе позвоночника, за счёт верхнего крестцового сегмента;

г) Всё перечисленное верно.

174. ВТОРИЧНАЯ МИОФАСЦИАЛЬНАЯ ТРИГГЕРНАЯ ТОЧКА ЭТО:

а) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации

б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки

в) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжё скелетной

мышцы, активирующийся при перегрузке, но не активирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце

г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области

175. ТРАПЕЦИЕВИДНАЯ МЫШЦА ПРИ ФИКСАЦИИ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА:

а) Наклоняет голову вперед;

б) Наклоняет голову в соответствующую сторону;

в) Наклоняет голову назад;

г) Наклоняет голову под углом 45 градусов;

176. СИМПТОМ "КОЖНОЙ СКЛАДКИ" ПРИ НАЛИЧИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БЛОКА В СЕГМЕНТЕ:

а) Всегда положительный;

б) Отрицательный;

в) Не характерен для блокады;

г) Иногда положителен;

177. РОТАЦИЯ ГОЛОВЫ ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ НАКЛОНЕ ВПЕРЕД ПОЗВОЛЯЕТ ИССЛЕДОВАТЬ СЕГМЕНТЫ:

а) C1-C2;

б) C3-C4;

в) C4-C5;

г) C6-C7;

178. БЛОКИРОВАНИЕ В КАКИХ СЕГМЕНТАХ МОЖНО

ВЫЯВИТЬ РОТАЦИЕЙ ГОЛОВЫ ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ РАЗГИБАНИИ:

- а) С6-С7;
- б) С1-С2;
- в) С3-С4;
- г) С4-С5;

179. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ГРУДИНОКЛЮЧИЧНОСОСЦЕВИДНОЙ МЫШЦЫ НЕОБХОДИМО:

- а) Нагнуть голову и пропальпировать мышцу;
- б) Голову пациента, находящегося в положении сидя, нагнуть в противоположную сторону от пораженной мышцы, повернуть лицо в противоположную сторону и пропальпировать мышцу;
- в) **Голову пациента, находящегося в положении сидя, нагнуть в сторону пораженной мышцы, повернуть лицо в противоположную сторону и пропальпировать мышцу;**
- г) Голову оставить вертикально;

180. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПАССИВНОГО НАКЛОНА В СТОРОНУ В СОЧЛЕНЕНИИ С1-С2:

- а) Необходимо "вытягивать" поперечный отросток;
- б) Не нужно воздействовать на поперечный отросток;
- в) Необходимо касаться пальцами поперечного отростка;
- г) **Необходимо фиксировать поперечный отросток;**

181. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ 7-ГО ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА:

- а) Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному

наклонить голову в сторону;

б) Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному не значительно наклонить голову вперед;

в) Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному, максимально наклонить голову вперед;

г) Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному наклонить голову назад;

182. ПРАВАЯ РУКА ВРАЧА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПАССИВНОГО НАКЛОНА ВПЕРЕД МЕЖДУ АТЛАНТОМ И ЗАТЫЛОЧНОЙ КОСТЬЮ РАСПОЛАГАЕТСЯ

а) На задней дуге атланта больного;

б) На затылке больного;

в) На темени больного;

г) На лбу больного;

183. В СРЕДНЕСЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ОБСЛЕДОВАНИЕ РОТАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ПО:

а) Суставным отросткам;

б) Поперечным отросткам;

в) Остистым отросткам;

г) По внешним признакам;

184. В СРЕДНЕСЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ОБСЛЕДОВАНИЕ БОКОВОГО НАКЛОНА ПРОВОДИТСЯ

ПО:

- а) Поперечным отросткам;**
- б) Суставным отросткам;
- в) Остистым отросткам;
- г) По внешним признакам;

185. ПРИ ВЕРХНЕГРУДНОМ СКОЛИОЗЕ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЕРШИНЫ ИСКРИВЛЕНИЯ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ:

- а) Th1-Th2;
- б) Th3-Th4;**
- в) Th6-Th7;
- г) Th8-Th9;

186. ПРИ ГРУДНОМ СКОЛИОЗЕ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЕРШИНЫ ИСКРИВЛЕНИЯ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ:

- а) Th1-Th2;
- б) Th3-Th4;
- в) Th6-Th7;
- г) Th8-Th9;**

187. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРУЖИНИРОВАНИЯ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПАЛЬЦЫ ВРАЧА РАСПОЛАГАЮТСЯ НА:

- а) Остистых отростках;
- б) Суставных отростках;
- в) Поперечных отростках;**
- г) Ребрах;

188. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЕРШИНЫ, ИСКРИВЛЕНИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ СКОЛИОЗЕ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ:

- a) Th1-Th2;
- б) Th3-Th4;
- в) Th6-Th7;
- г) L2.

189. ПРОБА ПАТРИКА ПОКАЗЫВАЕТ:

- a) Изменение расстояния между L5-TH12 при наклоне;
- б) Невозможность дорсального сгибания в ноге во время фиксирования седалищного бугра при крестцово-подвздошном блокировании;
- в) Болезненность при пальпации наружного края симфиза при отведении согнутой в коленном и тазобедренном суставе ноги у лежащего пациента при крестцово-подвздошном блокировании;**
- г) Опережение верхней задней подвздошной ости на стороне блокирования крестцово-подвздошного сустава относительно другой при наклоне пациента вперёд;

190. ПРАВИЛЬНЫМ ПРИЁМОМ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НАГРУЖЕННОСТИ LIG. ILIOLUMBALIS ЯВЛЯЕТСЯ:

- a) Вертикальный толчок по оси бедра на приведённую кнутри ногу пациента согнутую в коленном и тазобедренном суставе;
- б) Толчок по оси бедра на колено приведённое в направлении к противоположному плечу;
- в) Толчок по оси бедра на колено, приведённое в направлении к

гомолатеральному плечу;

г) Тракция бедра;

191. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДВИЖНОСТИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВО ВРЕМЯ БОКОВОГО НАКЛОНА ПОДМЫШЕЧНАЯ СКЛАДКА В НОРМЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ:

а) на середину расстояния между большим вертелом бедренной кости и межягодичной складкой;

б) на противоположный латеральный край таза или заходит за него;

в) на середину таза;

г) Остаётся на месте;

192. В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ГИПЕРЛОРДОЗЕ БОЛЕЗНЕННО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

а) Наклон вперед;

б) Боковой наклон;

в) Наклон назад;

г) Ротация;

193. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАССИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПАЦИЕНТ НАХОДИТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛОЖЕНИИ:

а) Лежит на кушетке на боку;

б) Сидит «верхом» на кушетке;

в) Стоит;

г) Лежит поперек кушетки на животе;

194. ПАЛЬЦЫ ВРАЧА ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПОЯСНИЧНОЙ МЫШЦЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- а) Паравертебрально;
- б) По наружному краю прямой мышцы живота на уровне пупка;**
- в) По средней линии живота;
- г) В подвздошной области у передне-верхней ости;

195. ПАЛЬЦЫ ВРАЧА ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПОДВЗДОШНОЙ МЫШЦЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- а) Паравертебрально;
- б) По средней линии живота;
- в) По наружному краю прямой мышцы живота на уровне пупка;
- г) В подвздошной области у передне-верхней ости;**

196. ЛИНИЯ, СОЕДИНЯЮЩАЯ ГРЕБНИ ПОДВЗДОШНЫХ КОСТЕЙ, ПРОХОДИТ МЕЖДУ ПОЗВОНКАМИ:

- а) L1-L2;
- б) L2-L3;
- в) L3-L4;**
- г) L4-L5;

197. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ МАНИПУЛЯЦИИ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ФИКСИРУЕТСЯ:

- а) Нижележащий позвонок;**
- б) Туловище больного;
- в) Плечи больного;
- г) Вышележащий позвонок;

198. МЕНЬШЕ СТРАДАЕТ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ:

- а) Приведение бедра;**
- б) Внутренняя ротация бедра;
- в) Наружная ротация бедра;
- г) Отведение бедра;

199. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИЗОМЕТРИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ МЫШЦ В ОБЫЧНЫХ СЛУЧАЯХ:

- а) 1-2 сек;
- б) 7-9сек;
- в) 4-5 сек;**
- г) 15-20 сек;

200. СИЛА ИЗОМЕТРИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ МЫШЦ:

- а) До получения "акустического феномена";
- б) До болевых ощущений у пациента;
- в) Максимальная;
- г) Минимальная;**

Ситуационная задача 1

Больной М. обратился с жалобами на боли в правой нижней конечности тянущего характера локализующаяся, по заднее - боковой части ноги, усиливающаяся при ходьбе.

При остеопатическом осмотре: ЗВПО без особенностей, тест Аиста в норме, ПВПО в норме, Даунинга тест в норме, тесты на связки отрицательные. Активные движения в ПОП в полном объеме.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 2

Больной Б. обратился с жалобами на боли в надлопаточной области с иррадиацией в задне- наружную часть правой руки.

Боль усиливается в свисшем положении правой руки. Боль появилась после переохлаждения. При объективном осмотре.

Активные движения в шейном отделе: отмечается ограничение латерофлексий и ротаций влево которое усиливает боль. При осмотре плечевого сустава нарушение паттерна движения нет.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 3

Больной обратился с жалобами на глубокую интенсивную боль передней поверхности плеча слева, с иррадиацией в

дистальный отдел левой верхней конечности. При остеопатическом осмотре: Движение в ШОП в полном объеме.

При осмотре плечевого сустава слева: нарушения паттерна движения нет. При тесте на резистивные движения отмечается болезненность при наружной ротации.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 4

Больной Ж.. обратился с жалобами на боли в правом плечевом суставе, иррадирующая в заднюю поверхность плеча далее в предплечье, преимущественно по задней поверхности в кисти

тыльную поверхность третьего пальца. При остеопатическом осмотре: паттерн движения в плечевом суставе не нарушен. При осмотре резистивных движений: плечо болезненно в отведении

Ваш предварительный диагноз:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 5

Больной М. обратился с жалобами на боль в передней поверхности грудной клетки справа, иррадиирующая в переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти. При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических дисфункций не отмечаются, в плечевом суставе паттерн движения не нарушен. При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-саггитальном направлении в правую сторону.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 6

Больной А. обратился с жалобами на головные боли гемикранического типа, боль локализуется в теменной части головы слева. Отмечается чувство онемения и чувство ползания мурашек. При остеопатическом осмотре: дисфункций в ШОП не наблюдается

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 7

Больной В. обратился с жалобами на головокружение провоцирующиеся изменением положения тела, обморочные состояния. На незначительные боли, локализующиеся в лицевой части черепа слева.

При остеопатическом осмотре: При визуальном осмотре без особенностей. Активные ротационные движения ШОП вправо провоцируют появление резкого головокружения.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 8

. Больной К. обратился с жалобами на боли в передней поверхности грудной клетки справа.

При остеопатическом осмотре: выявлено, анатомически короткая нога, пальпация большой грудной мышцы справа болезненна.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 9

Больная Е. обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области, на тошноту и постоянную отрыжку.

При остеопатическом осмотре : выявлено спазм кардиальной части желудка, болезненность сфинктера Одди, болезненность гастродуоденального сфинктера, дисфункция связок печени и болезненность илео-цекального сфинктера.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 10

Больная П. обратилась с жалобами на недержание мочи , постоянную отрыжку. Страдает в течений 1 года, ни с чем не связывает. Инструментальные методы обследования: патологий не выявлено.

Остеопатический осмотр: выявлено спазм кардиальной части желудка и слабость мышц тазовой диафрагмы:

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 11

Больной Б. 54года. Обратилась с жалобами на не

прекращающиеся интенсивные боли преимущественно в ночное время в области нижнегрудного отдела позвоночника нарастающие в течение месяца.

Объективно ограничение движения позвоночника во всех направлениях. Выраженный двухсторонний дефанс. Тесты на красные флажки положительные.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 12

Больной С. Обратился с жалобами на боли в ПОП справа. Боль локализованная, тупая, распирающего характера. Заболел остро на следующий день после тяжёлой физической нагрузки. Связывает с подъемом тяжести. Болен, в течение, одного месяца. Отмечает наличие лихорадки.

Объективно: больной апатичен, бледен, субфебрильная температура, активные движения ограничены в латерофлексии влево, остальные тесты в норме. Синдром поколачивания слабо положителен, анализы мочи в норме.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 13

Больной Б. 28 года. Обратился с жалобами на ноющие боли в стопах по внутренней стороне возникающие при осевой нагрузке и исчезающие вне таковой. Впервые боли возникли после тренировки в кедах и возрастали при постуральных стрессах. При обследовании: справа симптом опережения, нога короткая, тест Даунинга на укорочение положителен. АД и ПД в ПОП безболезненны и не ограничены. Пальпация пяточно-таранной связки болезненно (преимущественно в месте прикрепления резко болезненно). На рентгенографии стопы отмечается пяточная шпора.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 14

Больной М. обратился с жалобами на передней поверхности грудной клетки справа, иррадирующая в переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти, При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических дисфункций не отмечаться, в плечевом суставе паттерн движения не нарушен. При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-сагитальном направлении в правую сторону.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 15

Больной Д. 23 года обратился за консультацией к остеопату. На момент обследования жалоб не предъявляет. В прошлом описывает эпизод боли в спине на уровне грудо-поясничного перехода появившихся после перегрузки на тренировке. При обследовании в области ГПП отмечается позиционное флексионное изменение. Общее прослушивание и тесты на висцеральные дисфункции указывают на спазм кардиального отдела желудка.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 16

Больная В. 21 год. Обратилась с жалобами на сильные локальные боли в поясничном отделе позвоночника. Боль отсутствует в ночное время и начинает беспокоить только утром во время умывания. В течение дня боль усиливается и к 5-6 часам становится невыносимой. И в этот момент больная вынуждена лечь. Ухудшение от длительного сидения за рабочим столом, отмечает уменьшение боли при лежании. Болеет в течение 2-ух лет. Боль прогрессирует постоянно

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 17

Пациент К. 19 лет, занимается верховой ездой. Обратился с

жалобами: на чувство тяжести в груди, ломящая, сверлящая и ноющая боль межлопаточной области. При пальпации болезненность паравертебральных точек, а также отмечается болезненность рёберно-позвоночных суставов. Боль усиливается при наклоне во фронтальной плоскости(F),длительном лежании на спине, езде по тряской дороге. Данная боль не снимается коронаролитиками.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 18

Больной Г. жалуется на шум в обоих ушах, усиливающийся в ночное время. Боли по типу шапки кардинала. Шум в правом ухе связывает с контузионной травмой полученной в молодости. Шум в левом ухе появился около года назад, без явной причины. Позиционно: голова ротирована вправо и латерофлексируется влево. При осмотре: активные движения в ШОП: ограничена LF влево , R влево сопровождается экстензией. При пассивных движениях определяется отсутствие суставной игры в C0-C1 справа в открытии, слева в закрытии,. Полисегментарные функциональные блокады слева.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 19

Больной М жалуется на сильные боли области всей левой верхней конечности и надплечье слева. Заболел после переохлаждения. При осмотре определяется антальгическое положение левой верхней конечности.

При остеопатическом осмотре : Активные и пассивные движения болезненные, отмечается нарушение паттерна движения ,обусловленное болью. При пальпации паравертебрально слева в области проекции Th1 Th3 определяется резкая болезненность с иррадиацией в левую верхнюю конечность.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести

дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 20

Больной П. жалуется на боли в области правой ягодицы с иррадиацией по боковой стороне нижней конечности. Болеет в течении 1 месяца. Выше перечисленные жалобы появляются в ночное время перед сном в положении лежа, днем пациентка расхаживается и боль исчезает. Тест Аиста отрицательный. Тест Даунинга отрицательный. В положении лёжа на спине во всех ПДС суставная игра определяется. При пальпации ягодицы определяется резкая болезненность в проекции средней ягодичной мышцы с иррадиацией по боковой стороне правой нижней конечности.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 21

Больной П. жалуется на боли в области поясницы и левого коленного сустава. Болеет в течении 3-х лет. Впервые боли появились в области коленного сустава (после неудачного приземления). Боли периодически появлялись и исчезали. В течении текущего года появились постоянные боли в области левого колена и затем присоединились боли в области поясницы. При обследовании поясницы активные движения без болезненные, без ограничений. Спайн тест отрицательный. При обследовании левого коленного сустава определяется резкая болезненность, с латеральной и медиальных сторон сустава. Активные движения коленного сустава в экстензии ограничены 200-250 , во флексии 250-300 пассивные движения коленного сустава ограничены незначительно, но резко болезненны в крайних положениях

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 22

Больной П. жалуется на боли в области левого плечевого сустава по передней стороне. Боль возникла при попытке удержаться за верхний поручень во время резкого торможения автобуса. Активные движения левой верхней конечности ограничены из-за болевого синдрома. Отмечается резкая болезненность при отведении на 60°. При пальпации

определяется резкая болезненность ключичной части большой грудной мышцы. Болезненно резистивное сгибание с пронацией в локтевом суставе справа.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 23

. Больной П. жалуется на боли, онемение и слабость в области правой стопы. Заболел остро. Боли появились после грубой манипуляции на поясничном отделе позвоночника.

Объективно: Спайн тест отрицательный. Тест Даунинга с обеих сторон отрицательный. Лёжа на спине во всех ПДС суставная игра определяется. При пальпации в области крестца определяется резкая болезненность в проекции подвздошно-поясничной связки справа, с иррадиацией в правую нижнюю конечность.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 24

Больной Д., 25 лет, диагноз - компрессионный перелом тела второго поясничного позвонка. Находится в стационаре 5 – й день. Травму получил 6 дней назад при падении на спину. Пострадавший уложен на функциональную кровать с приподнятым головным концом; проводят вытяжение по оси позвоночника массой собственного тела. На рентгенограмме – компрессионный перелом тела второго поясничного позвонка (первая степень компрессии).

Задание: 1) определите, в каком лечебном периоде находится больной, сформулируйте задачи ЛФК. 2) перечислите физические упражнения, рекомендованные в этом периоде;

Ситуационная задача 25

Больной В., 30 лет, диагноз – перелом седалищной и лонной костей таза справа. В стационаре находится 3 нед. Состояние удовлетворительное, активное занимается ЛГ.

Задание: 1) определите лечебный период, в котором находится

пострадавший; 2) сформулируйте основные задачи средств ЛФК; в) перечислите исходные положения, в которых следует выполнять физические упражнения и процедуры массажа;

Ситуационная задача 26

Больной К жалуется на боли в правой кисти тянущего характера преимущественно по ладонной поверхности. Больна в течении 2-ух суток, заболела остро после стирки. Боль усиливается при сжимании пальцев в луче-запястном суставе. При объективном осмотре отмечается отёчность на ладонной поверхности правого луче-запястного сустава. Пальпация запястного канала резко болезненно. Сгибание и разгибание, супинация, пронация резко болезненно за счёт боли. В ШОП, ГОП, и в правом плечевом суставе патологии не отмечается. Ваш вероятный диагноз:

Ситуационная задача 27

Больной С. Обратился жалобами на боли в ПОП справа боль локализованная, тупая распирающего характера. Заболел остро на следующий день после тяжёлой физической нагрузки. Связывает с подъемом тяжести. Болен в течение одного месяца. Больной отмечает наличие лихорадки. Объективно: больной апатичен, бледен, субфебрильная температура, активные движения ограничены в латерофлексии влево, остальные тесты в норме. Синдром поколачивания справа слабо положительн, анализы мочи в норме.

Тактика лечения:

Ситуационная задача 28

Пациент с жалобами на боли в области коленного сустава, иногда ощущение слабости, нестабильности в коленном суставе. Боли тупого, ноющего характера и иногда кратковременные острые, проходящие самопроизвольно. Ограничение F и E незначительное, исчезающее в безболевого период. В анамнезе спортивные травмы. Объективно: объём LF несколько увеличен, скольжение большеберцовой кости вперёд по отношению к бедренной значительно увеличено и болезненно в конце движения, назад в пределах нормы. Тактика лечения:

Ситуационная задача 29

Больной П. жалуется на боли, онемение и слабость в области правой стопы. Заболел остро. Боли появились после грубой манипуляции на поясничном отделе позвоночника. Объективно: Спайн тест отрицательный. Тест Даунинга с обеих сторон отрицательный. Лёжа на спине во всех ПДС суставная игра определяется. При пальпации в области крестца определяется резкая болезненность в проекции подвздошно-поясничной связки справа, с иррадиацией в правую нижнюю

	<p>конечность. Ваш диагноз:</p> <p style="text-align: center;">Ситуационная задача 30</p> <p>Больной М жалуется на сильные боли области всей левой верхней конечности и надплечье слева. Заболел после переохлаждения. При осмотре определяется анталгическое положение левой верхней конечности.</p> <p>При остеопатическом осмотре : Активные и пассивные движения болезненные, отмечается нарушение паттерна движения ,обусловленное болью. При пальпации паравертебрально слева в области проекции Th1 Th3 определяется резкая болезненность с иррадиацией в левую верхнюю конечность.</p> <p>Ваш вероятный диагноз:</p>
--	---

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
	Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых	9
	Экстренная медицинская помощь	21
	Консультирование/Сбор жалоб и анамнеза	6
	Мануальная диагностика функции двуглавой мышцы плеча	9
	Полуортостатическая проба	9

Вопросы и задания для самоконтроля:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методика тестирования двуглавой мышцы плеча 2. Анатомия и физиология костно-мышечной системы. 3. Обследование больного с воспалением суставов: общий осмотр, лабораторные и инструментальные методы диагностики. 4. Методы лечения в мануальной терапии: немедикаментозные, фармакологические, хирургические. 5. Психосоциальные аспекты мануальной терапии.
--	---

	6. Дорсопатия 7. Спондилоартропатии. 8. Анкилозирующий спондилит. 9. Острые и хроническая боль в нижней части спины. 10. Техники мануальной терапии на шейном отделе позвоночника. 11. Техники мануальной терапии на поясничном отделе позвоночника. 12. Неотложная помощь при ОНМК 13. Неотложная помощь при гипогликемии 14. Неотложная помощь при гипергликемии 15. Неотложная помощь при анафилактическом шоке 16. Неотложная помощь при (ОКС1), кардиогенный шок 17. Неотложная помощь при (ОКС2), отёк легких 18. Неотложная помощь при желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) 19. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы (БОС) 20. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) 21. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе (Обструктивный шок)
--	---

Перечень дискуссионных тем :

<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация работы и консультативной помощи в мануальной терапии. 2. Организация работы врача мануального терапевта на стационарном этапе лечения. 3. Стандарты диагностики и лечения в мануальной терапии. 4. Основы медико-социальной экспертизы больных в мануальной терапии. 5. Клинические аспекты поражения хрящевой, косной, соединительной ткани в мануальной терапии. 6. Патоморфология дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике. 7. Кардиоваскулярные проблемы при ревматоидном артрите. 8. Прикладная кинезиология в мануальной терапии 9. Биомеханические изменения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата 10. Техника проведения сердечно-легочной реанимации

Темы рефератов

<ol style="list-style-type: none"> 1. «Методика обследования пациента с болевым синдромом в нижней части спины» 2. «Методика мануально мышечного тестирования при заболеваниях опорно-двигательного аппарата» 3. «Сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения,
--

- способы их устранения и профилактики»
4. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии»
 5. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в гастроэнтерологии».
 6. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной у пациента с бронхообструктивным синдроме на фоне бронхиальной астмы (БОС)»
 7. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной с ОКС.
 8. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной при спонтанном пневмотораксе.»
 9. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной при ОНМК».
 10. Проведение искусственной вентиляции легких.

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	1-100	1-22	1-53	1-41	
ОПК	1	4, 6, 7, 12–14, 17, 20–23, 25–27, 30, 31, 41, 42, 49, 51, 55, 56, 61, 62, 66, 67, 71–75, 78–82, 85–90	1-22	10–12, 15–26, 36 – 44, 47, 48, 51, 53	9 – 16, 24 – 33, 35 – 37, 39, 41	
	2	1-12	1-22	2, 9, 35, 39, 40, 43, 52, 53	5, 8, 23, 40, 41	
	4	117, 50,46,30,31		1, 2, 3, 4	2, 3, 6, 7, 14	
	5	1, 2, 15, 16, 18, 24, 26, 28,29, 3–40, 43–45, 48, 50, 52–54, 60, 65, 68, 70, 77, 83, 91–100	1-22	26, 27, 36 – 44, 49, 51, 53	17 – 19, 24, 26, 28, 29 – 33, 35 – 37, 39, 41	
	6	3, 5, 8, 9, 10, 11, 19, 46, 47, 57, 58, 59, 63, 64, 69, 76, 84	1-22	28 – 32 39, 40, 45, 46, 50, 52, 53	20, 24, 28 – 32, 34, 38, 40, 41	

8		1-22	13, 33, 34, 45	21, 22, 28, 29, 34	
9	1-12	1-22	14	10	
10	1-12		2,3,4,5, 6, 7, 8	1-4, 6, 7	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Неврологическая диагностика реакции тонической мускулатуры на постуральную и динамическую нагрузку.2. Инновационные направления мануальной терапии. Анатомия, биомеханика кранио- сакральной системы.3. Новые альтернативные направления мануальной терапии. Висцеральная мануальная терапия.4. Общий осмотр в мануальной терапии в неврологии5. Мануальная терапия при вертебробазиллярной болезни.6. Возможности мануальной терапии при кардиогенной дистонии.7. Дискогенная болезнь и возможности мануальной терапии.8. Мануальная терапия при лечении инволютивной спондилопатии9. Приемы мобилизации двигательных сегментов грудного отдела позвоночника.10. Исследование двигательной сферы. Активные и пассивные движения. Мышечный тонус.11. Мануальная диагностика синдрома грушевидной мышцы.12. Мобилизационная и манипуляционная техника на шейном отделе позвоночника.13. Мануальная диагностика синдрома задних мышц бедра.
<p>Б 1.В. ОД.1.2 Раздел 2. Симуляционный цикл</p>	<ol style="list-style-type: none">14. Оценка вертебрологических методов исследования.15. Приемы мобилизации двигательных сегментов грудного отдела позвоночника и ребер.16. Приемы мобилизации двигательных сегментов позвоночника области кранио – цервикального перехода и черепа.17. Приемы мобилизации двигательных сегментов поясничного отдела позвоночника и таза.18. Диагностика и лечение функциональных блоков позвоночных двигательных сегментов.19. Система противопоказаний в мануальной терапии.20. Мануальная терапия при лечении сколиотической болезни.21. Тактика мануального терапевта при остром болевом синдроме.22. Функциональная анатомия, биомеханика суставов

	<p>лопатки, ключицы и грудины. Приемы мобилизации.</p> <p>23. Функциональная анатомия, биомеханика суставов нижней конечности. Приемы мобилизации.</p> <p>24. Функциональная система аппарата движения, механизмы ее регуляции.</p> <p>25. Мануальная терапия при ювенильном остеохондрозе.</p> <p>26. Мануальные лечебные техники при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника.</p> <p>27. Мануальная диагностика функционального состояния экстензоров коленного сустава.</p> <p>28. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах тазового пояса.</p> <p>29. Мануальная диагностика и приемы мануальной терапии в лечении синдрома передней лестничной мышцы.</p> <p>30. Мобилизационная и манипуляционная техника при синдроме кокцигодинии.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мануальная диагностика и приемы мануальной терапии в лечении синдрома плечелопаточного периартроза. 2. Мануальная диагностика функционального состояния флексоров тазобедренного сустава. 3. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах грудины и ребер. 4. Мобилизационная и манипуляционная техника при синдроме плечо-кисть. 5. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах шейно-затылочного перехода.
--	--

	<p>6. Мануальная терапия сколиотической болезни.</p> <p>7. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах нижних конечностей.</p> <p>8. Мобилизационная и манипуляционная техника двигательных сегментов верхних конечностей.</p> <p>9. Мобилизационная и манипуляционная техника лечения ювенильных спондилопатий.</p> <p>10. Мануальные лечебные техники при болезни Паркинсона.</p> <p>11. Лечебные приемы миорелаксации.</p> <p>12. Основные рентгенологические признаки остеохондроза, стадии.</p> <p>13. Виды хондропатий . Клиника, диагностика, подходы к терапии</p> <p>14. Классификация вертеброгенных заболеваний нервной системы</p>
<p>Б 1.В. ОД.1.2 Раздел 2. Симуляционный цикл</p>	<p>15. Охарактеризуйте стадии дискогенной болезни. Особенности мануального обследования при дискогенной болезни.</p> <p>16. Дайте определение вертебробазилярному синдрому. Дифференциальный диагноз и тактика ведения больного.</p> <p>17. Ювенильная спондилопатия. Дифференциальный диагноз при ювенильной спондилопатии.</p> <p>18. Расскажите о принципах мануального и комплексного лечения при ювенильной спондилопатии.</p>

	<p>19. Дайте определение вертеброгенной дистонии. Каковы симптомы и клинические проявления вертеброгенной дистонии.</p> <p>20. Перечислите варианты течения вертеброгенной дистонии. Особенности мануального обследования при вертеброгенной дистонии.</p> <p>21. Охарактеризуйте радикулярный и псевдордикулярный синдромы. Тактика ведения больного.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами);

<p><i>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии</i></p>	<p>1. К ФБ в ПДС приводит</p> <ol style="list-style-type: none"> а) миофиксация б) разрастание костной ткани в) грыжа межпозвонкового диска г) ЛГМ <p>2. К экстензорам бедренного сустава относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Большая ягодичная мышца, полуперепончатая и полусухожильная мышцы; б) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, полуперепончатая мышца; в) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, трехглавая мышца голени; г) Большая ягодичная мышца, короткая головка двуглавой мышцы бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы; д) Все перечисленное. <p>3. При выяснении причины головной боли необходимо дифференцировать между собой:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Опухоль головного мозга; б) Цервикогенные головные боли; в) Интоксикационные головные боли; г) Тригеминальная невралгия; д) Все верно. <p>4. Показаниями для мануальной терапии являются:</p>
--	---

- а) Цервикалгии;
 - б) Интеркапсулярная дорсалгия;
 - в) Хронические люмбалгии с наличием функциональных блоков;**
 - г) Функциональная блокада 1 степени;
 - д) Сколиоз.
5. Полуперепончатая мышца:
- а) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
 - б) Сгибает бедро и выпрямляет туловище;
 - в) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;**
 - г) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее кнаружи;
 - д) Всё перечисленное.
6. Латентная миофасциальная триггерная точка это:
- а) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки
 - б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения
 - в) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжёлом скелетной мышцы, активизирующийся при перегрузке, но не активизирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце
 - г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области
 - д) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации**
7. В каких мышцах наиболее часто встречаются триггерные пункты
- а) в расслабленных
 - б) в укороченных**
 - в) в укороченных и в расслабленных одинаково часто
8. ФБ это
- а) обратимое ограничение в ПДС**
 - б) необратимое ограничение в ПДС

	<p>в) первое и второе утверждения верны</p>
<p><i>Б 1.В. ОД.1.2</i> Раздел 2. Симуляционный цикл</p>	<p>9. Разгибание в поясничном отделе позвоночника в норме возможно на: а) 20-30 градусов б) 30-35 градусов в) 40-60 градусов г) 100- 110 градусов; д) 110- 120 градусов.</p> <p>10. При изометрическом напряжении а) происходит движение в суставе б) точки прикрепления остаются на месте в) движения в суставе нет г) верно б) и в)</p> <p>11. Трапецевидная мышца: а) Поднимает и опускает лопатку; б) Поднимает лопатку; в) Опускает лопатку; г) Поднимает и опускает лопатку, приближает ее к позвоночному столбу; д) Все перечисленное;</p> <p>12. В понятие МФР входит а) давление б) тракция в) скручивание г) все вышеперечисленное</p> <p>13. Функциональная единица позвоночника а) позвонок б) два смежных позвонка в) ПДС</p> <p>14. Наиболее правильная последовательность приемов лечения мануального терапевта: а) Мобилизация, манипуляция; б) Манипуляция, мобилизация; в) Манипуляция, мобилизация, ПИР; г) Манипуляция; д) ПИР, мобилизация, манипуляция.</p>

	<p>15. Показаниями для проведения мануальной терапии являются:</p> <p>а) Грыжа Шморля; б) Объёмные образования спинного мозга; в) Неврологические проявления остеохондроза; г) Болезнь Бехтерева; д) Болезнь Бострупа</p> <p>16. Метод растирания применяется при следующих функциональных состояниях мышечной сферы:</p> <p>а) При умеренно расслабленных мышцах; б) При резко расслабленных мышцах; в) При резко спазмированных мышцах; г) При хронически спазмированных мышцах; д) Всё перечисленное верно.</p> <p>17. К рентгенологическим признакам гормональной спондилострофии относятся:</p> <p>а) Снижение высоты тел позвонков; б) "Прозрачность" тел позвонков; в) Грыжи Шморля; г) "Рыбьи" позвонки; д) Всё вышеперечисленное.</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p><i>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии</i></p>	<p align="center">Ситуационная задача 1</p> <p>Больной Ж.. обратился с жалобами на боли в правом плечевом суставе, иррадиирующая в заднюю поверхность плеча далее в предплечье, преимущественно по задней поверхности в кисти тыльную поверхность третьего пальца. При остеопатическом осмотре: паттерн движения в плечевом суставе не нарушен. При осмотре резистивных движений: плечо болезненно в отведении</p> <p>Ваш предварительный диагноз:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? <p align="center">Ситуационная задача 2</p> <p>Больной М. обратился с жалобами на боль в передней поверхности грудной клетки справа, иррадиирующая в</p>
--	---

переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти. При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических дисфункций не отмечаться, в плечевом суставе паттерн движения не нарушен. При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-саггитальном направлении в правую сторону.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 3

Больной А. обратился с жалобами на головные боли гемикранического типа, боль локализуется в теменной части головы слева. Отмечается чувство онемения и чувство ползания мурашек. При остеопатическом осмотре: дисфункций в ШОП не наблюдается

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 7

Больной В. обратился с жалобами на головокружение провоцирующиеся изменением положения тела, обморочные состояния. На незначительные боли, локализующиеся в лицевой части черепа слева.

При остеопатическом осмотре: При визуальном осмотре без особенностей. Активные ротационные движения ШОП вправо провоцируют появление резкого головокружения.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 4

Больной Б. 54года. Обратилась с жалобами на не прекращающиеся интенсивные боли преимущественно в ночное время в области нижнегрудного отдела позвоночника нарастающие в течение месяца.

Объективно ограничение движения позвоночника во всех направлениях. Выраженный двухсторонний дефанс. Тесты на красные флажки положительные.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 5

Больной С. Обратился с жалобами на боли в ПОП справа.

Боль локализованная, тупая, распирающего характера.

Заболел остро на следующий день после тяжёлой физической нагрузки. Связывает с подъемом тяжести. Болен, в течение, одного месяца. Отмечает наличие лихорадки.

Объективно: больной апатичен, бледен, субфебрильная температура, активные движения ограничены в латерофлексии влево, остальные тесты в норме. Синдром поколачивания слабо положителен, анализы мочи в норме.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 6

Больной Б. 28 года. Обратился с жалобами на ноющие боли в стопах по внутренней стороне возникающие при осевой нагрузке и исчезающие вне таковой. Впервые боли возникли после тренировки в кедах и возрастали при постуральных стрессах. При обследовании: справа симптом опережения, нога короткая, тест Даунинга на укорочение положителен. АД и ПД в ПОП безболезненны и не ограничены. Пальпация пяточно- таранной связки болезненно (преимущественно в месте прикрепления резко болезненно). На рентгенографии стопы отмечается пяточная шпора.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования

	необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

15. Тест

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

16. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

17. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса

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

18.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>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.)</p>

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

<p>Формируемые компетенции по ФГОС</p>	<p>Т – тестирование</p>	<p>ЗС – решение ситуационных задач,</p>	<p>КР – контрольная работа,</p>	<p>С – собеседование по контрольным вопросам.</p>	<p>Пр – оценка освоения практических навыков</p>
---	--------------------------------	--	--	--	---

						(умени й)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседован ия	Практи ческие навык и из перечн я
У К	1	1 - 15	1 – 15	1 - 44	1 - 27	
О П К	1	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	1 – 15	1, 3, 6, 12–14, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 35, 36, 39, 41, 42, 44	1– 3, 7, 8, 10–14, 17– 27	
	2		1 – 15	11, 21, 24, 27, 29, 43, 44	6, 13, 16, 18– 20, 25– 27	
	5	2, 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15	1 – 15	2, 4, 7, 9, 13, 17, 18, 20, 22, 27, 29, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 43, 44	1– 3, 5, 7, 10– 12, 14, 18, 19, 22–27	
	6	1	1 – 15	2, 4, 5, 8, 10, 15, 17, 18, 21, 23, 27, 29, 31, 34, 35, 38, 40, 41, 43, 44	1, 2, 4, 5, 9– 11, 13, 15, 18– 20, 22– 27	
	8	3		11, 21, 27, 43, 44	6, 13, 18, 26, 27	

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В. ОД.1.1</i>	Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии	18
<i>Б 1.В. ОД.1.2</i>	Раздел 2. Симуляционный цикл	18

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Неврологическая диагностика реакции тонической мускулатуры на поструральную и динамическую нагрузку.2. Инновационные направления мануальной терапии. Анатомия, биомеханика кранио-сакральной системы.3. Новые альтернативные направления мануальной терапии. Висцеральная мануальная терапия.4. Общий осмотр в мануальной терапии.5. Осложнения мануальной терапии: профилактика, лечение.6. Оценка вертебрологических методов исследования.7. Приемы мобилизации двигательных сегментов грудного отдела позвоночника и ребер.
<i>Б 1.В. ОД.1.2 Раздел 2. Симуляционный цикл</i>	<ol style="list-style-type: none">8. Приемы мобилизации двигательных сегментов позвоночника области кранио – цервикального перехода и черепа.9. Приемы мобилизации двигательных сегментов поясничного отдела позвоночника и таза.10. Диагностика и лечение функциональных блоков позвоночных двигательных сегментов.11. Система противопоказаний в мануальной терапии.12. Мануальная терапия при лечении сколиотической болезни.

--	--

Перечень дискуссионных тем :

<p><i>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии</i></p>	<p>1. Приёмы исследования крестцово-подвздошного сочленения.</p> <p>2. Приём манипуляций на шейном отделе позвоночника.</p> <p>3. Приёмы манипуляций на грудном отделе позвоночника, груди и ребрах.</p> <p>4. Приёмы мобилизации на поясничном отделе позвоночника.</p> <p>5. Принципы ортопедической диагностики в мануальной терапии.</p>
<p><i>Б 1.В. ОД.1.2 Раздел 2. Симуляционный цикл</i></p>	<p>6. Приёмы мобилизации двигательных систем.</p> <p>7. Синдром крестцово-подвздошной связочной системы.</p> <p>8. Охарактеризуйте синдром тазового пояса (синдром заблокированного крестца, синдром короткой ноги, косоного и скрученного таза.)</p> <p>9. Основные принципы применения мануальной терапии в педиатрии.</p> <p>10. Мануальная терапия при заболеваниях органов дыхания.</p>

Темы рефератов

<p><i>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии</i></p>	<p>11. Стандарты диагностики и лечения в мануальной терапии.</p> <p>12. Основы медико-социальной экспертизы больных в мануальной терапии.</p> <p>13. Клинические аспекты поражения хрящевой, косой, соединительной ткани в мануальной терапии</p> <p>14. Биомеханические изменения при заболеваниях</p>
---	---

	опорно-двигательного аппарата 15.Техника проведения сердечно-легочной реанимации
<i>Б 1.В. ОД.1.2</i> Раздел 2. Симуляционный цикл	<ol style="list-style-type: none"> 1. Патоморфология дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике. 2. Кардиоваскулярные проблемы при ревматоидном артрите. 3. Прикладная кинезиология в мануальной терапии 4. «Сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» 5. «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии»

4. Реферат

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

5. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	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

«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.В.ОД.2.1 Раздел 1. Особенности нозологических форм в ортопедии</p>	<p>31. Остеохондроз. Определение, классификация. Применение методов мануальной терапии.</p> <p>32. Остеоартроз. Определение, классификация. Применение</p> <p>33. Бурсит. Определение, классификация. Применение методов мануальной терапии.</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. Организационно- методические аспекты мануальной терапии, ее задачи в стационарной и поликлинической практике. Организация службы мануальной терапии в структурах органов управления здравоохранения.</p>	<p>34. Дефекты осанки. Определение, классификация</p> <p>35. Применение методов мануальной терапии. Плоскостопие. Определение, классификация. Применение методов мануальной терапии.</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.3 Раздел 3. Патогенетическое обоснование применения мануальной терапии в ортопедии</p>	<p>36. Особенности нозологических форм в ортопедии</p> <p>37. Организационно методические аспекты мануальной терапии в травматологии и ортопедии</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.4 Раздел 4. Методология мануального лечения в ортопедической практике</p>	<p>38. Патогенетические механизмы мануальной терапии у больных с травматологическими и ортопедическими заболеваниями</p> <p>39. Методики мануальной терапии как возможная альтернатива оперативного лечения</p>

<p>Б 1.В.ОД.2.5 Раздел 5. Мануальная терапия при консервативном оперативном ортопедическом лечении</p>	<p>10 Применение мануальной терапии в смежных клинических специальностях</p> <p>11 Реабилитационные принципы применения мануальной терапии при оперативном ортопедическом лечении</p> <p>12 Лечебные техники релаксации, мобилизации, манипуляции при травматологической и ортопедической патологии. Варианты аутомобилизационных техник. Определение рабочего диапазона активных и пассивных движений, воспроизведение «игры суставов».</p> <p>13 Мануальное воздействие на сегментах позвоночника опорно-двигательной системы.</p> <p>14 Тракционные техники при асимметриях таза нижних конечностях, сколиозе.</p> <p>15 Мануальная терапия при остеохондрозе позвоночника, заболеваниях суставов конечностей. Постизометрическая релаксация мышц различных отделов позвоночника и опорно-двигательной системы.</p> <p>16. Дайте определение вертебробазиллярному синдрому. Дифференциальный диагноз и тактика ведения больного.</p> <p>17. Ювенильная спондилопатия. Дифференциальный диагноз при ювенильной спондилопатии.</p> <p>18. Расскажите о принципах мануального и комплексного лечения при ювенильной спондилопатии.</p> <p>19. Дайте определение вертеброгенной дистонии.</p>

	<p>Каковы симптомы и клинические проявления вертеброгенной дистонии.</p> <p>20. Перечислите варианты течения вертеброгенной дистонии. Особенности мануального обследования при вертеброгенной дистонии.</p>
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ОД.2.1 Раздел 1. Особенности нозологических форм в ортопедии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мануальная диагностика и приёмы мануальной терапии в лечении синдрома плечелопаточного периартроза. 2. Мануальная диагностика функционального состояния флексоров тазобедренного сустава. 3. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах грудины и ребер. 4. Мобилизационная и манипуляционная техника при синдроме плечо-кисть. 5. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах шейно-затылочного перехода. 6. Мануальная терапия сколиотической болезни. 7. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах нижних конечностей. 8. Мобилизационная и манипуляционная техника двигательных сегментов верхних конечностей. 9. Мобилизационная и манипуляционная техника лечения ювенильных спондилопатий.
--	---

	<p>10. Мануальные лечебные техники при болезни Паркинсона.</p> <p>11. Лечебные приемы миорелаксации.</p> <p>12. Основные рентгенологические признаки остеохондроза, стадии.</p> <p>13. Виды хондропатий . Клиника, диагностика, подходы к терапии</p> <p>14. Классификация вертеброгенных заболеваний нервной системы</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. Организационно-методические аспекты мануальной терапии, ее задачи в стационарной и поликлинической практике. Организация службы мануальной терапии в структурах органов управления здравоохранения.</p>	<p>15. Охарактеризуйте стадии дискогенной болезни. Особенности мануального обследования при дискогенной болезни.</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.3 Раздел 3. Патогенетическое обоснование применения мануальной терапии в ортопедии</p>	<p>16. Дайте определение вертебробазиллярному синдрому. Дифференциальный диагноз и тактика ведения больного.</p> <p>17. Ювенильная спондилопатия. Дифференциальный диагноз при ювенильной спондилопатии.</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.4 Раздел 4. Методология мануального лечения в ортопедической практике</p>	<p>18. Расскажите о принципах мануального и комплексного лечения при ювенильной спондилопатии.</p> <p>19. Дайте определение вертеброгенной дистонии. Каковы симптомы и клинические проявления вертеброгенной дистонии.</p>

<p>Б 1.В.ОД.2.5 Раздел 5. Мануальная терапия при консервативном оперативном ортопедическом лечении</p>	<p>20. Перечислите варианты течения вертеброгенной дистонии. Особенности мануального обследования при вертеброгенной дистонии.</p> <p>21. Охарактеризуйте радикулярный и псевдордикулярный синдромы. Тактика ведения больного.</p>
---	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ОД.2.1 Раздел 1. Особенности нозологических форм в ортопедии</p>	<p>1. К ФБ в ПДС приводит а) миофиксация б) разрастание костной ткани в) грыжа межпозвонкового диска г) ЛГМ</p> <p>2. К экстензорам бедренного сустава относятся: а) Большая ягодичная мышца, полуперепончатая и полусухожильная мышцы; б) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, полуперепончатая мышца; в) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, трехглавая мышца голени; г) Большая ягодичная мышца, короткая головка двуглавой мышцы бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы; д) Все перечисленное.</p> <p>3. При выяснении причины головной боли необходимо дифференцировать между собой: а) Опухоль головного мозга; б) Цервикогенные головные боли; в) Интоксикационные головные боли; г) Тригеминальная невралгия; д) Все верно.</p> <p>4. Показаниями для мануальной терапии являются: а) Цервикалгии;</p>
--	--

	<p>б) Интеркапсулярная дорсалгия;</p> <p>в) Хронические люмбалгии с наличием функциональных блоков;</p> <p>г) Функциональная блокада 1 степени;</p> <p>д) Сколиоз.</p> <p>5. Полуперепончатая мышца:</p> <p>а) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;</p> <p>б) Сгибает бедро и выпрямляет туловище;</p> <p>в) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;</p> <p>г) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее кнаружи;</p> <p>д) Всё перечисленное.</p> <p>6. Латентная миофасциальная триггерная точка это:</p> <p>а) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки</p> <p>б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения</p> <p>в) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжё скелетной мышцы, активирующийся при перегрузке, но не активирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце</p> <p>г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области</p> <p>д) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. Организационно-методические аспекты мануальной терапии, ее задачи в стационарной и поликлинической практике. Организация службы мануальной терапии в структурах органов управления</p>	<p>7. В каких мышцах наиболее часто встречаются триггерные пункты</p> <p>а) в расслабленных</p> <p>б) в укороченных</p> <p>в) в укороченных и в расслабленных одинаково часто</p> <p>8. ФБ это</p> <p>а) обратимое ограничение в ПДС</p> <p>б) необратимое ограничение в ПДС</p>

<p>здоровохранения.</p>	<p>в) первое и второе утверждения верны</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.3 Раздел 3. Патогенетическое обоснование применения мануальной терапии в ортопедии</p>	<p>9. Разгибание в поясничном отделе позвоночника в норме возможно на: а) 20-30 градусов б) 30-35 градусов в) 40-60 градусов г) 100- 110 градусов; д) 110- 120 градусов.</p> <p>10. При изометрическом напряжении а) происходит движение в суставе б) точки прикрепления остаются на месте в) движения в суставе нет г) верно б) и в)</p> <p>11. Трапециевидная мышца: а) Поднимает и опускает лопатку; б) Поднимает лопатку; в) Опускает лопатку; г) Поднимает и опускает лопатку, приближает ее к позвоночному столбу; д) Все перечисленное;</p> <p>12. В понятие МФР входит а) давление б) тракция в) скручивание г) все вышеперечисленное</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.4 Раздел 4. Методология мануального лечения в ортопедической практике</p>	<p>13. Функциональная единица позвоночника а) позвонок б) два смежных позвонка в) ПДС</p> <p>14. Наиболее правильная последовательность приемов лечения мануального терапевта: а) Мобилизация, манипуляция; б) Манипуляция, мобилизация; в) Манипуляция, мобилизация, ПИР; г) Манипуляция; д) ПИР, мобилизация, манипуляция.</p>

<p>Б 1.В.ОД.2.5 Раздел 5. Мануальная терапия приконсервативном оперативном ортопедическом лечении</p>	<p>15. Показаниями для проведения мануальной терапии являются:</p> <p>а) Грыжа Шморля; б) Объёмные образования спинного мозга; в) Неврологические проявления остеохондроза; г) Болезнь Бехтерева; д) Болезнь Бострупа</p> <p>16. Метод растирания применяется при следующих функциональных состояниях мышечной сферы:</p> <p>а) При умеренно расслабленных мышцах; б) При резко расслабленных мышцах; в) При резко спазмированных мышцах; г) При хронически спазмированных мышцах; д) Всё перечисленное верно.</p> <p>17. К рентгенологическим признакам гормональной спондилодистрофии относятся:</p> <p>а) Снижение высоты тел позвонков; б) "Прозрачность" тел позвонков; в) Грыжи Шморля; г) "Рыбьи" позвонки; д) Всё вышеперечисленное.</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ОД.2.1 Раздел 1. Особенности нозологических форм в ортопедии</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача 1</p> <p>Больной Ж.. обратился с жалобами на боли в правом плечевом суставе, иррадиирующая в заднюю поверхность плеча далее в предплечье, преимущественно по задней поверхности в кисти тыльную поверхность третьего пальца. При остеопатическом осмотре: паттерн движения в плечевом суставе не нарушен. При осмотре резистивных движений: плечо болезненно в отведении</p> <p>Ваш предварительный диагноз:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? <p style="text-align: center;">Ситуационная задача 2</p> <p>Больной М. обратился с жалобами на боль в передней поверхности грудной клетки справа, иррадиирующая в</p>
--	---

переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти. При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических дисфункций не отмечаются, в плечевом суставе паттерн движения не нарушен. При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-саггитальном направлении в правую сторону.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 3

Больной А. обратился с жалобами на головные боли гемикранического типа, боль локализуется в теменной части головы слева. Отмечается чувство онемения и чувство ползания мурашек. При остеопатическом осмотре: дисфункций в ШОП не наблюдается.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 7

Больной В. обратился с жалобами на головокружение провоцирующиеся изменением положения тела, обморочные состояния. На незначительные боли, локализующиеся в лицевой части черепа слева.

При остеопатическом осмотре: При визуальном осмотре без особенностей. Активные ротационные движения ШОП вправо провоцируют появление резкого головокружения.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

<p>Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. Организационно-методические аспекты мануальной терапии, ее задачи в стационарной и поликлинической практике. Организация службы мануальной терапии в структурах органов управления здравоохранения.</p>	<p>Ситуационная задача 4 Больной Б. 54года. Обратилась с жалобами на не прекращающиеся интенсивные боли преимущественно в ночное время в области нижнегрудного отдела позвоночника нарастающие в течение месяца. Объективно ограничение движения позвоночника во всех направлениях. Выраженный двухсторонний дефанс. Тесты на красные флажки положительные. 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?</p> <p>Ситуационная задача 5 Больной С. Обратился с жалобами на боли в ПОП справа. Боль локализованная, тупая, распирающего характера. Заболел остро на следующий день после тяжёлой физической нагрузки. Связывает с подъемом тяжести. Болен, в течение, одного месяца. Отмечает наличие лихорадки. Объективно: больной апатичен, бледен, субфебрильная температура, активные движения ограничены в латерофлексии влево, остальные тесты в норме. Синдром поколачивания слабо положительен, анализы мочи в норме. 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.3 Раздел 3. Патогенетическое обоснование применения мануальной терапии в ортопедии</p>	<p>Ситуационная задача 6 Больной Б. 28 года. Обратился с жалобами на ноющие боли в стопах по внутренней стороне возникающие при осевой нагрузке и исчезающие вне таковой. Впервые боли возникли после тренировки в кедах и возрастали при постуральных стрессах. При обследовании: справа симптом опережения, нога короткая, тест Даунинга на укорочение положительен. АД и ПД в ПОП безболезненны и не ограничены. Пальпация пяточно- таранной связки болезненно (преимущественно в месте прикрепления резко болезненно). На рентгенографии стопы отмечается пяточная шпора. 1. Наиболее вероятный диагноз?</p>

	<p>2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?</p> <p>3. Какое лечение следует назначить данному больному?</p> <p>4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.4 Раздел 4. Методология мануального лечения в ортопедической практике</p>	<p>Задача № 7. Молодой человек 23 лет обратился к мануальному терапевту с жалобами на ноющую боль в шейно-грудном отделе позвоночника, в межлопаточной области, усиливающуюся при длительной работе за компьютером. При опросе выяснилось, что пациент во время работы находится в вынужденном положении с измененной осанкой на протяжении последних 4-х лет. При осмотре: расстояние между боковой поверхностью тела пациента и рукой справа больше, чем слева; максимальная выпуклость сколиоза в сочетании с гипокифозом на уровне грудопоясничного перехода Th8-Th9; горизонтальный размер левой половины грудной клетки увеличен; горизонтальный размер левой половины таза увеличен; проекция срединного отвеса смещена вправо.</p> <p>Вопрос: какой патогенетический механизм наиболее подходит в формирования сколиоза позвоночника при следующих клинических ситуациях?</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.5 Раздел 5. Мануальная терапия при консервативном оперативном ортопедическом лечении</p>	<p>Задачи № 8. Больному 80 лет. Беспокоят боли в поясничной области слева в течение года. На Rtg- остеохондроз 2-3 степени. Биомеханика позвоночника ограничена во всех направлениях. При пальпации определяется триггерная зона в промежутке L3-4 слева. Пациент лежит на животе. Врач находится слева и большим пальцем фиксирует триггерную зону в промежутке L 3-4 слева, а правой рукой берётся за левое колено и отводит в сторону до исчезновения болей. В таком положении удерживает в течении 90 секунд, медленно возвращает НОГУ в исходное положение и</p>

	убеждается, что боль исчезла. Вопрос: какая техника МТ была проведена в данном случае?
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

19.Тест

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

20.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения
	23. Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

21.Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса

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

22. Собеседование

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

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

<p>Формируемые компетенции по ФГОС</p>	<p>Т – тестирование</p>	<p>ЗС – решение ситуационных задач,</p>	<p>КР – контрольная работа,</p>	<p>С – собеседование по контрольным вопросам.</p>	<p>Пр – оценка освоения практических навыков (умени)</p>
---	--------------------------------	--	--	--	---

						й)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
У	1	1 - 15	1 – 15	1 - 44	1 - 27	
О	1	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	1 – 15	1, 3, 6, 12–14, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 35, 36, 39, 41, 42, 44	1– 3, 7, 8, 10–14, 17–27	
	2		1 – 15	11, 21, 24, 27, 29, 43, 44	6, 13, 16, 18–20, 25–27	
	5	2, 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15	1 – 15	2, 4, 7, 9, 13, 17, 18, 20, 22, 27, 29, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 43, 44	1– 3, 5, 7, 10– 12, 14, 18, 19, 22–27	
	6	1	1 – 15	2, 4, 5, 8, 10, 15, 17, 18, 21, 23, 27, 29, 31, 34, 35, 38, 40, 41, 43, 44	1, 2, 4, 5, 9–11, 13, 15, 18– 20, 22–27	
	8	3		11, 21, 27, 43, 44	6, 13, 18, 26, 27	

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

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В. ОД.1.1</i>	Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии	18
<i>Б 1.В. ОД.1.2</i>	Раздел 2. Симуляционный цикл	18

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии</i>	<p>13.Неврологическая диагностика реакции тонической мускулатуры на постуральную и динамическую нагрузку.</p> <p>14.Инновационные направления мануальной терапии. Анатомия, биомеханика кранио-сакральной системы.</p> <p>15.Новые альтернативные направления мануальной терапии. Висцеральная мануальная терапия.</p> <p>16.Общий осмотр в мануальной терапии.</p> <p>17.Осложнения мануальной терапии: профилактика, лечение.</p> <p>18.Оценка вертебрологических методов исследования.</p> <p>19.Приемы мобилизации двигательных сегментов грудного отдела позвоночника и ребер.</p>
<i>Б 1.В. ОД.1.2 Раздел 2. Симуляционный цикл</i>	<p>20.Приемы мобилизации двигательных сегментов позвоночника области кранио – цервикального перехода и черепа.</p> <p>21.Приемы мобилизации двигательных сегментов поясничного отдела позвоночника и таза.</p> <p>22.Диагностика и лечение функциональных блоков позвоночных двигательных сегментов.</p> <p>23.Система противопоказаний в мануальной терапии.</p> <p>24.Мануальная терапия при лечении сколиотической болезни.</p>

Перечень дискуссионных тем :

<p><i>Б 1.В.ОД.1.1.</i> Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Приёмы исследования крестцово-подвздошного сочленения.2. Приём манипуляций на шейном отделе позвоночника.3. Приёмы манипуляций на грудном отделе позвоночника, грудине и ребрах.4. Приёмы мобилизации на поясничном отделе позвоночника.5. Принципы ортопедической диагностики в мануальной терапии.
<p><i>Б 1.В. ОД.1.2</i> Раздел 2. Симуляционный цикл</p>	<ol style="list-style-type: none">6. Приёмы мобилизации двигательных систем.7. Синдром крестцово-подвздошной связочной системы.8. Охарактеризуйте синдром тазового пояса (синдром заблокированного крестца, синдром короткой ноги, косоного и скрученного таза.)9. Основные принципы применения мануальной терапии в педиатрии.10. Мануальная терапия при заболеваниях органов дыхания.

Темы рефератов

<p><i>Б 1.В.ОД.1.1.</i> Раздел 1. Применение мануальной терапии в неврологии</p>	<ol style="list-style-type: none">16. Стандарты диагностики и лечения в мануальной терапии.17. Основы медико-социальной экспертизы больных в мануальной терапии.18. Клинические аспекты поражения хрящевой, косной, соединительной ткани в мануальной терапии19. Биомеханические изменения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата20. Техника проведения сердечно-легочной
--	---

	реанимации
<i>Б 1.В. ОД.1.2</i> Раздел 2. Симуляционный цикл	6. Патоморфология дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике. 7. Кардиоваскулярные проблемы при ревматоидном артрите. 8. Прикладная кинезиология в мануальной терапии 9. «Сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» 10.«Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии»

6. Реферат

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

7. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	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 «ФИЗИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.1 Раздел 1. «Современные технологии реабилитации пациентов с различной патологией»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные лечебные средства, используемые в медицинской реабилитации 2. Направления (профили) организации помощи по медицинской реабилитации 3. Порядок организации медицинской реабилитации 4. Этапы медицинской реабилитации 5. Методические основы медицинской реабилитации 6. Основные задачи МР 7. Структура реабилитационного диагноза. 8. Основные требования к медицинской реабилитации
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.2 Раздел 2. « Основы общей физиотерапии. Основные методы физической терапии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. Оборудование для проведения кинезотерапии с разгрузкой веса тела. Виды аппаратов, для каких групп пациентов предназначены. 10. Методика определения силы мышц. 11. Аппараты для роботизированной кинезиотерапии. Виды аппаратов, для каких групп пациентов предназначены. 12. Методика определения объема движений в суставах и позвоночнике. 13. Аппараты для пассивно-активной кинезиотерапии. Виды аппаратов, для каких групп пациентов предназначены. режимов стационара.
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3. « Медицинское обеспечение занятий физкультурой, спортом, спортивных соревнований</p>	<ol style="list-style-type: none"> 14. Оценка нарушений бытовой активности и социальных ограничений. 15. Роль ЛФК в процессе реабилитации больных. 16. Принципы дозирования физической нагрузки. 17. Противопоказания к назначению ЛФК. 18. Порядок назначения ЛФК. 19. Формы ЛФК, 20. Средства ЛФК. 21. Общие правила назначения дозированных физических нагрузок. 22. Классификации гимнастических упражнений. 23. Определение и характеристики двигательных
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4. Медицинская реабилитация при контрактурах в суставах, компрессионном</p>	<ol style="list-style-type: none"> 24. Определение и характеристики двигательных режимов санатория. 25. Принципы построения процедуры лечебной гимнастики. 26. Механизмы лечебного влияния медицинского массажа

<p>переломе позвоночника.</p>	<p>на организм и функциональные системы человека.</p> <p>27. Классический массаж. Определение, анатомо-физиологическое обоснование. Правила выполнения, разновидности приемов.</p> <p>28. Рефлекторно-сегментарный массаж. Определение, анатомо-физиологическое обоснование, правила выполнения, разновидности приемов.</p> <p>29. Понятие о лечебном массаже. Основные правила назначения медицинского массажа при заболеваниях.</p> <p>30. Противопоказания к назначению медицинского массажа</p>
-------------------------------	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><i>Б 1.В.ДВ.1.1.1</i> Раздел 1. «Современные технологии реабилитации пациентов с различной патологией»</p>	<p>22. Мануальная диагностика и приёмы мануальной терапии в лечении синдрома плечелопаточного периартроза.</p> <p>23. Мануальная диагностика функционального состояния флексоров тазобедренного сустава.</p> <p>24. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах грудины и ребер.</p> <p>25. Мобилизационная и манипуляционная техника при синдроме плечо-кость.</p> <p>26. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах шейно-затылочного перехода.</p> <p>27. Мануальная терапия сколиотической болезни.</p> <p>28. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах нижних конечностей.</p> <p>29. Мобилизационная и манипуляционная техника</p>
---	--

	<p>двигательных сегментов верхних конечностей.</p> <p>30.Мобилизационная и манипуляционная техника лечения ювенильных спондилопатий.</p> <p>31.Мануальные лечебные техники при болезни Паркинсона.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.2 Раздел 2. « Основы общей физиотерапии. Основные методы физической терапии</p>	<p>32.Лечебные приемы миорелаксации.</p> <p>33.Основные рентгенологические признаки остеохондроза, стадии.</p> <p>34.Виды хондропатий . Клиника, диагностика, подходы к терапии</p> <p>35.Классификация вертеброгенных заболеваний нервной системы</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3. « Медицинское обеспечение занятий физкультурой, спортом, спортивных соревнований</p>	<p>36.Охарактеризуйте стадии дискогенной болезни. Особенности мануального обследования при дискогенной болезни.</p> <p>37.Дайте определение вертебробазиллярному синдрому. Дифференциальный диагноз и тактика ведения больного.</p> <p>38.Ювенильная спондилопатия. Дифференциальный диагноз при ювенильной спондилопатии.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4. Медицинская реабилитация при контрактурах в суставах, компрессионном переломе позвоночника.</p>	<p>39.Расскажите о принципах мануального и комплексного лечения при ювенильной спондилопатии.</p> <p>40.Дайте определение вертеброгенной дистонии. Каковы симптомы и клинические проявления</p>

	<p>вертеброгенной дистонии.</p> <p>41. Перечислите варианты течения вертеброгенной дистонии. Особенности мануального обследования при вертеброгенной дистонии.</p> <p>42. Охарактеризуйте радикулярный и псевдордикулярный синдромы. Тактика ведения больного.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><i>Б 1.В.ДВ.1.1.1</i> Раздел 1. «Современные технологии реабилитации пациентов с различной патологией»</p>	<p>1. К ФБ в ПДС приводит</p> <p>а) миофиксация</p> <p>б) разрастание костной ткани</p> <p>в) грыжа межпозвонкового диска</p> <p>г) ЛГМ</p> <p>2. К экстензорам бедренного сустава относятся:</p> <p>а) Большая ягодичная мышца, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;</p> <p>б) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, полуперепончатая мышца;</p> <p>в) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, трехглавая мышца голени;</p> <p>г) Большая ягодичная мышца, короткая головка двуглавой мышцы бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;</p> <p>д) Все перечисленное.</p> <p>3. При выяснении причины головной боли необходимо дифференцировать между собой:</p> <p>а) Опухоль головного мозга;</p> <p>б) Цервикогенные головные боли;</p> <p>в) Интоксикационные головные боли;</p> <p>г) Тригеминальная невралгия;</p> <p>д) Все верно.</p> <p>4. Показаниями для мануальной терапии являются:</p> <p>а) Цервикалгии;</p>
--	---

- б) Интеркапсулярная дорсалгия;
- в) Хронические люмбалгии с наличием функциональных блоков;**
- г) Функциональная блокада 1 степени;
- д) Сколиоз.

5. Полуперепончатая мышца:

- а) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
- б) Сгибает бедро и выпрямляет туловище;
- в) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;**
- г) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее кнаружи;
- д) Всё перечисленное.

6. Латентная миофасциальная триггерная точка это:

- а) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки
- б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения
- в) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжёлом скелетной мышцы, активирующийся при перегрузке, но не активизирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце
- г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области
- д) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации**

7. В каких мышцах наиболее часто встречаются триггерные пункты

- а) в расслабленных
- б) в укороченных**
- в) в укороченных и в расслабленных одинаково часто

8. ФБ это

- а) обратимое ограничение в ПДС**
- б) необратимое ограничение в ПДС
- в) первое и второе утверждения верны

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.2 Раздел 2. « Основы общей физиотерапии. Основные методы физической терапии</p>	<p>9. Разгибание в поясничном отделе позвоночника в норме возможно на: а) 20-30 градусов б) 30-35 градусов в) 40-60 градусов г) 100- 110 градусов; д) 110- 120 градусов.</p> <p>10. При изометрическом напряжении а) происходит движение в суставе б) точки прикрепления остаются на месте в) движения в суставе нет г) верно б) и в)</p> <p>11. Трапециевидная мышца: а) Поднимает и опускает лопатку; б) Поднимает лопатку; в) Опускает лопатку; г) Поднимает и опускает лопатку, приближает ее к позвоночному столбу; д) Все перечисленное;</p> <p>12. В понятие МФР входит а) давление б) тракция в) скручивание г) все вышеперечисленное</p> <p>13. Функциональная единица позвоночника а) позвонок б) два смежных позвонка в) ПДС</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3. « Медицинское обеспечение занятий физкультурой, спортом, спортивных соревнований</p>	<p>14. Наиболее правильная последовательность приемов лечения мануального терапевта: а) Мобилизация, манипуляция; б) Манипуляция, мобилизация; в) Манипуляция, мобилизация, ПИР; г) Манипуляция; д) ПИР, мобилизация, манипуляция.</p> <p>15. Показаниями для проведения мануальной терапии являются: а) Грыжа Шморля;</p>

	<p>б) Объёмные образования спинного мозга; в) Неврологические проявления остеохондроза; г) Болезнь Бехтерева; д) Болезнь Бострупа</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4. Медицинская реабилитация при контрактурах в суставах, компрессионном переломе позвоночника.</p>	<p>16. Метод растирания применяется при следующих функциональных состояниях мышечной сферы: а) При умеренно расслабленных мышцах; б) При резко расслабленных мышцах; в) При резко спазмированных мышцах; г) При хронически спазмированных мышцах; д) Всё перечисленное верно.</p> <p>17. К рентгенологическим признакам гормональной спондилострофии относятся: а) Снижение высоты тел позвонков; б) "Прозрачность" тел позвонков; в) Грыжи Шморля; г) "Рыбьи" позвонки; д) Всё вышеперечисленное.</p>

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.1 Раздел 1. «Современные технологии реабилитации пациентов с различной патологией»</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача 1</p> <p>Больной Ж.. обратился с жалобами на боли в правом плечевом суставе, иррадиирующая в заднюю поверхность плеча далее в предплечье, преимущественно по задней поверхности в кисти тыльную поверхность третьего пальца. При остеопатическом осмотре: паттерн движения в плечевом суставе не нарушен. При осмотре резистивных движений: плечо болезненно в отведении Ваш предварительный диагноз: 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?</p> <p style="text-align: center;">Ситуационная задача 2</p> <p>Больной М. обратился с жалобами на боль в передней поверхности грудной клетки справа, иррадиирующая в переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти. При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических</p>
--	---

	<p>дисфункций не отмечаться , в плечевом суставе паттерн движения не нарушен. При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-саггитальном направлении в правую сторону.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? <p>Ситуационная задача 3</p> <p>Больной А. обратился с жалобами на головные боли гемикранического типа , боль локализуется в теменной части головы слева . Отмечается чувство онемения и чувство ползания мурашек . При остеопатическом осмотре : дисфункций в ШОП не наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? <p>Ситуационная задача 7</p> <p>Больной В. обратился с жалобами на головокружение провоцирующиеся изменением положения тела, обморочные состояния. На незначительные боли, локализующиеся в лицевой части черепа слева.</p> <p>При остеопатическом осмотре: При визуальном осмотре без особенностей. Активные ротационные движения ШОП вправо провоцируют появление резкого головокружения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.2 Раздел 2. « Основы общей физиотерапии. Основные методы физической терапии</p>	<p>Ситуационная задача 4</p> <p>Больной Б. 54года. Обратилась с жалобами на не прекращающиеся интенсивные боли преимущественно в ночное время в области нижнегрудного отдела позвоночника нарастающие в течение месяца.</p> <p>Объективно ограничение движения позвоночника во всех</p>

направлениях. Выраженный двухсторонний дефанс. Тесты на красные флажки положительные.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 5

Больной С. Обратился с жалобами на боли в ПОП справа.

Боль локализованная, тупая, распирающего характера.

Заболел остро на следующий день после тяжёлой физической нагрузки. Связывает с подъемом тяжести. Болен, в течение, одного месяца. Отмечает наличие лихорадки.

Объективно: больной апатичен, бледен, субфебрильная температура, активные движения ограничены в латерофлексии влево, остальные тесты в норме. Синдром поколачивания слабо положительен, анализы мочи в норме.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача 6

Больной Б. 28 года. Обратился с жалобами на ноющие боли в стопах по внутренней стороне возникающие при осевой нагрузке и исчезающие вне таковой. Впервые боли возникли после тренировки в кедах и возрастали при постуральных стрессах. При обследовании: справа симптом опережения, нога короткая, тест Даунинга на укорочение положительен.

АД и ПД в ПОП безболезненны и не ограничены. Пальпация пяточно- таранной связки болезненно (преимущественно в месте прикрепления резко болезненно). На рентгенографии стопы отмечается пяточная шпора.

АД и ПД в ПОП безболезненны и не ограничены.

Пальпация пяточно- таранной связки болезненно (преимущественно в месте прикрепления резко болезненно). На рентгенографии стопы отмечается пяточная шпора.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3. « Медицинское обеспечение занятий физкультурой, спортом, спортивных соревнований</p>	<p align="center">Ситуационная задача № 7</p> <p>Мужчина, 52 года, наблюдается у невролога с диагнозом: люмбалгия на фоне остео- хондроза поясничного отдела позвоночника (LV - SI) со слабо выраженным болевым син- дромом, хроническое ремитирующее течение с редкими обострениями, фаза неполной ре- миссии. Пациент получает медикаментозную терапия, физиотерапевтические процедуры. Из истории жизни: в юности на протяжении 7,5 лет (с 12,5 лет до 20 лет) занимался тяже- лой атлетикой.</p> <p>Обоснуйте диагноз и составьте план обследования и лечения.</p> <p align="center">Ситуационная задача №8</p> <p>В поликлинику обратился больной 62 лет через 5 месяцев после перенесенного ОНМК с жалобами на боль в области правого плечевого сустава, усиливающуюся при от- ведении руки, слабость в правых конечностях, непроизвольное сгибание в локтевом, луче- запястном и суставах кисти справа, затруднения при одевании и гигиеническом уходе за правой кистью и подмышечной областью.</p> <p>При осмотре: значительное повышение мышечного тонуса в правых конечностях, пассивные движения затруднены. Затухающий клонус менее 10 движений в 1 секунду, поддерживаемый надавливанием. Сухожильные рефлексy D>S. Патологические рефлексy справа. Мышечная сила в правых конечностях = 3 балла. При пассивном отведении пра- вой руки появляется боль в области правого плечевого сустава = 7 баллов по ВАШ, боль в покое = 2 балла. Ходит самостоятельно с опорой на трость.</p> <p>Оцените степень мышечной спастичности с оценкой по Модифицированной шкале Эшворта и шкале оценки истинной спастичности Гардье. Составьте план III этапа реаби- литации для данного пациента (алгоритм лечения спастичности, постановка целей).</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4. Медицинская реабилитация при контрактурах в суставах, компрессионном переломе позвоночника.</p>	<p align="center">Ситуационная задача №9</p> <p>Женщина 63 лет в течение последних 5 лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. В течение последнего года появились и нарастают головные боли, голо- вокружение и шаткость походки. Объективно при осмотре: При обследовании: снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, легкая слабость всех мимических мышц справа, утрачена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка справа, потерял слух на правое ухо, спонтанный горизонтальный нистагм вправо, интенционный тремор при выполнении</p>

	<p>пальценосовой и пяточноколенной проб в правых конечностях, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с отклонением вправо.</p> <p>Обоснуйте клинический диагноз и тактику лечения.</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

23.Тест

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

24.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	26. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	27. Знание алгоритма решения
	28. Уровень самостоятельного мышления
	29. Аргументированность решения
	30. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

25.Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса

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

26.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>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.)</p>

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Физическая и реабилитационная медицина»

<p>Формируемые компетенции и по ФГОС</p>	<p>Т – тестирование</p>	<p>ЗС – решение ситуационных задач,</p>	<p>КР – контрольная работа,</p>	<p>С – собеседование по контрольным вопросам.</p>	<p>Пр – оценка освоения практических навыков (умений)</p>
	<p>Тесты</p>	<p>Задачи</p>	<p>Вопросы для контрольной работы</p>	<p>Вопросы для собеседования</p>	<p>Практические навыки и их перечень</p>

У К	1	1 - 15	1 – 15	1 - 44	1 - 27	
О П К	1	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	1 – 15	1, 3, 6, 12–14, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 35, 36, 39, 41, 42, 44	1– 3, 7, 8, 10–14, 17– 27	
	2		1 – 15	11, 21, 24, 27, 29, 43, 44	6, 13, 16, 18– 20, 25– 27	
	5	2, 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15	1 – 15	2, 4, 7, 9, 13, 17, 18, 20, 22, 27, 29, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 43, 44	1– 3, 5, 7, 10– 12, 14, 18, 19, 22–27	
	6	1	1 – 15	2, 4, 5, 8, 10, 15, 17, 18, 21, 23, 27, 29, 31, 34, 35, 38, 40, 41, 43, 44	1, 2, 4, 5, 9– 11, 13, 15, 18– 20, 22– 27	
	8	3		11, 21, 27, 43, 44	6, 13, 18, 26, 27	

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФИЗИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В. ОД.1.1</i>	Раздел 1. «Современные технологии реабилитации пациентов с различной патологией»	6
<i>Б 1.В. ОД.1.2</i>	Раздел 2. « Основы общей физиотерапии. Основные методы физической терапии	9
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.3</i>	Раздел 3. « Медицинское обеспечение занятий физкультурой, спортом, спортивных соревнований	9
<i>Б 1.В.ДВ.1.1.4</i>	Раздел 4. Медицинская реабилитация при контрактурах в суставах, компрессионном переломе позвоночника.	12

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><i>Б 1.В.ДВ.1.1.1</i> Раздел 1. «Современные технологии реабилитации пациентов с различной патологией»</p>	<p>25. Неврологическая диагностика реакции тонической мускулатуры на поструральную и динамическую нагрузку.</p> <p>26. Инновационные направления мануальной терапии. Анатомия, биомеханика кранио-сакральной системы.</p> <p>27. Новые альтернативные направления мануальной терапии. Висцеральная мануальная терапия.</p> <p>28. Общий осмотр в мануальной терапии.</p> <p>29. Осложнения мануальной терапии: профилактика, лечение.</p> <p>30. Оценка вертебрологических методов исследования.</p> <p>31. Приемы мобилизации двигательных сегментов грудного отдела позвоночника и ребер.</p>
<p><i>Б 1.В.ДВ.1.1.2</i> Раздел 2. « Основы общей физиотерапии. Основные методы физической терапии</p>	<p>32. Приемы мобилизации двигательных сегментов позвоночника области кранио – цервикального перехода и черепа.</p> <p>33. Приемы мобилизации двигательных сегментов поясничного отдела позвоночника и таза.</p>

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3. « Медицинское обеспечение занятий физкультурой, спортом, спортивных соревнований »</p>	<p>34.Диагностика и лечение функциональных блоков позвоночных двигательных сегментов.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4. Медицинская реабилитация при контрактурах в суставах, компрессионном переломе позвоночника.</p>	<p>35.Система противопоказаний в мануальной терапии. 36.Мануальная терапия при лечении сколиотической болезни.</p>

Перечень дискуссионных тем :

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.1 Раздел 1. «Современные технологии реабилитации пациентов с различной патологией»</p>	<p>1. Приёмы исследования крестцово-подвздошного сочленения.</p> <p>2. Приём манипуляций на шейном отделе позвоночника.</p> <p>3. Приёмы манипуляций на грудном отделе позвоночника, грудине и ребрах.</p> <p>4. Приёмы мобилизации на поясничном отделе позвоночника.</p> <p>5. Принципы ортопедической диагностики в мануальной терапии.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.2 Раздел 2. « Основы общей физиотерапии. Основные методы физической терапии »</p>	<p>6. Приёмы мобилизации двигательных систем.</p> <p>7. Синдром крестцово-подвздошной связочной системы.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3. « Медицинское обеспечение занятий физкультурой, спортом, спортивных соревнований »</p>	<p>8. Охарактеризуйте синдром тазового пояса (синдром заблокированного крестца, синдром короткой ноги, косоногого и скрученного таза.)</p>

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4. Медицинская реабилитация при контрактурах в суставах, компрессионном переломе позвоночника.</p>	<p>9. Основные принципы применения мануальной терапии в педиатрии. 10. Мануальная терапия при заболеваниях органов дыхания.</p>
--	---

Темы рефератов

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.1 Раздел 1. «Современные технологии реабилитации пациентов с различной патологией»</p>	<p>21. Стандарты диагностики и лечения в мануальной терапии. 22. Основы медико-социальной экспертизы больных в мануальной терапии. 23. Клинические аспекты поражения хрящевой, косной, соединительной ткани в мануальной терапии 24. Биомеханические изменения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата 25. Техника проведения сердечно-легочной реанимации</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.2 Раздел 2. « Основы общей физиотерапии. Основные методы физической терапии</p>	<p>26. Патоморфология дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике. 27. Кардиоваскулярные проблемы при ревматоидном артрите. 28. Прикладная кинезиология в мануальной терапии</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3. « Медицинское обеспечение занятий физкультурой, спортом, спортивных соревнований</p>	<p>29. «Сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики»</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4. Медицинская реабилитация при контрактурах в суставах, компрессионном переломе позвоночника.</p>	<p>30. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии»</p>

8. Реферат

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

- четырем критериям Хорошо (4)	4. Соблюдение требований к оформлению
- пяти критериям Отлично (5)	5. Грамотность

9. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	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 «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1. «Функциональная диагностика в кардиологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Функциональная диагностика стенокардии. Тестирование с физической нагрузкой. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Информативность метода.2. Функциональная диагностика стенокардии. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Выявление скрытой коронарной недостаточности и других нарушений. Информативность метода.3. ЭКГ-признаки стенокардии. Особенности ЭКГ-картины при вариантной стенокардии.4. Понятие о нагрузочных пробах. Показания и противопоказания к проведению нагрузочных проб. Техника проведения ВЭМ-пробы. Критерии прекращения пробы. Интерпретация полученных результатов5. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов со стенокардией. Функциональные пробы в реабилитации пациентов со стенокардией6. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальный диагноз инфаркт миокарда. Функциональная диагностика инфаркта миокарда7. Диагностика инфаркта миокарда на фоне блокады ножек пучка Гиса.8. ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.9. Стадийность изменений ЭКГ-картины при инфаркте миокарда.10. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов в постинфарктном периоде. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с инфарктом миокарда.11. Холтеровское мониторирование (ХМ). Показания. Техническое обеспечение. Методика проведения. Обработка результатов, их клиническая интерпретация.12. Оценка вариабельности сердечного ритма. Принцип подбора лекарственных препаратов на основании данных мониторирования.13. Нарушения функции возбуждения миокарда. Понятие о пароксизмальных нарушениях ритма.14. Экстрасистолы (наджелудочковые, желудочковые).15. Синдром слабости синусового узла.16. Нарушение функции проведения. Виды блокад.17. Дифференцированный подход к назначению антиаритмических препаратов с учетом данных ХМ-ЭКГ.18. ЭКГ при остром и хроническом легочном сердце19. ЭКГ при перикардитах.20. ЭКГ при гормональных нарушениях21. ЭКГ при электрокардиостимуляции.22. Особенности ЭКГ-картины при перегрузке правых отделов сердца.23. ЭКГ-признаки острого легочного сердца, хронического легочного сердца.24. Особенности ЭКГ-картины при констриктивном перикардите.25. Нарушения метаболизма в миокарде и связанные с этим изменения ЭКГ.26. Понятие о электрокардиостимуляции (ЭКС). Виды ЭКС.27. Показания к проведению постоянной ЭКС. Виды кардиостимуляторов. Изменения ЭКГ, связанные с ЭКС.28. Понятие о ЭхоКГ. Виды ЭхоКГ (трансторакальная, чреспищеводная). Точки доступа. Понятие о М- и В-режимах.29. Диагностическая ценность и информативность ЭхоКГ. Оценка основных морфологических параметров сердца. Понятие о доплерографии. Оценка систолической и диастолической функций сердца. Понятие о фракции выброса, пике А, пике Е, DT, IVRT. Виды диастолической дисфункции. Диагностическая значимость и интерпретация полученных результатов.30. ЭхоКГ признаки гидроперикарда. Оценка количества жидкости в полости перикарда.31. ЭхоКГ признаки инфекционного эндокардита.32. Диагностика опухолей сердца.33. Представление об определении давления в легочной артерии: катетеризация
--	---

	<p>правого сердца и легочной артерии; неинвазивный метод (расчеты на основании методики Эходоплер). Диспансеризация. Реабилитация</p> <p>34. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Понятие о методе. Диагностическая ценность СМАД. Показания к СМАД. Техническое обеспечение метода. Методика проведения исследования. Оценка результатов и их клиническая интерпретация.</p> <p>35. Принцип индивидуального подбора гипотензивной терапии. Принцип бифункционального мониторирования — холтеровского и СМАД. Клиническое значение исследования. Место метода в диспансеризации и реабилитации пациентов.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2. «Функциональная диагностика в пульмонологии»</p>	<p>36. Методы функциональной диагностики системы дыхания. Спирометрия. Спирография.</p> <p>37. Понятие об исследовании функции внешнего дыхания. Устройство и принцип действия спирометра. Определение и оценка показателей. Их физиологическое значение.</p> <p>38. Устройство и принцип действия спирографа. Оценка показателей, получаемых с помощью спирографии</p> <p>39. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями бронхо-легочной системы. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с заболеваниями бронхов и легких</p> <p>40. Пробы с бронходилататорами, с бронхоконстрикторами. Оценка результатов и интерпретация.</p> <p>41 Показания к проведению проб с бронходилататорами. Методика проведения пробы. Интерпретация полученных результатов. Диагностическая ценность пробы с бронходилататорами.</p> <p>42. Показания к проведению пробы с бронхоконстрикторами. Методика и условия проведения пробы с бронхоконстрикторами. Интерпретация полученных результатов. Диагностическая ценность пробы с бронхоконстрикторами.</p> <p>43. Легочная гипертензия: патогенез, формы (прекапиллярная, посткапиллярная).</p> <p>44.Основные причины, приводящие к развитию легочной гипертензии. Патогенез легочной гипертензии. Формы легочной гипертензии.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3. «Методы диагностики заболеваний сосудов»</p>	<p>45. Ультразвуковая доплерография сосудов Принцип метода, физические основы. Методика проведения исследования. Спектральный режим, дуплексное сканирование.</p> <p>46.Основные показатели спектрограммы.</p> <p>47.Особенности спектрограммы сосудов шеи.</p> <p>48. Особенности спектрограммы сосудов верхних и нижних конечностей.</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1. «Функциональная диагностика в кардиологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Функциональная диагностика стенокардии. Тестирование с физической нагрузкой. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Информативность метода. 2. Функциональная диагностика стенокардии. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Выявление скрытой коронарной недостаточности и других нарушений. Информативность метода. 3. ЭКГ-признаки стенокардии. 4. Особенности ЭКГ-картины при вариантной стенокардии. 5. Понятие о нагрузочных пробах. Показания и противопоказания к проведению нагрузочных проб. 6. Техника проведения ВЭМ-пробы. Критерии прекращения пробы. Интерпретация полученных результатов 7. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов со стенокардией. 8. Функциональные пробы в реабилитации пациентов со стенокардией 9. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальный диагноз инфаркт миокарда. 10. Функциональная диагностика инфаркта миокарда 11. Диагностика инфаркта миокарда на фоне блокады ножек пучка Гиса. 12. ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST. 13. Стадийность изменений ЭКГ-картины при инфаркте миокарда.
---	--

	<ol style="list-style-type: none"> 14. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов в постинфарктном периоде. 15. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с инфарктом миокарда. 16. Методика оказания первой медицинской помощи при осложнениях при проведении нагрузочных проб. 17. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда 18. Особенности ЭКГ-диагностики инфаркта миокарда на фоне блокады правой ножки пучка Гиса. 19. Особенности ЭКГ-диагностики инфаркта миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса. 20. Холтеровское мониторирование (ХМ). Показания. Техническое обеспечение. Методика проведения. Обработка результатов, их клиническая интерпретация. 21. Оценка variability сердечного ритма. 22. Принцип подбора лекарственных препаратов на основании данных мониторирования. 23. Нарушения функции возбуждения миокарда. 24. Понятие о пароксизмальных нарушениях ритма. 25. Экстрасистолии (наджелудочковые, желудочковые). 26. Синдром слабости синусового узла. 27. Нарушение функции проведения. Виды блокад. 28. Дифференцированный подход к назначению антиаритмических препаратов с учетом данных ХМ-ЭКГ. 29. ЭКГ при остром и хроническом легочном сердце 30. ЭКГ при перикардитах. 31. ЭКГ при гормональных нарушениях 32. ЭКГ при электрокардиостимуляции. 33. Особенности ЭКГ-картины при перегрузке правых отделов сердца. 34. ЭКГ-признаки острого легочного сердца, хронического легочного сердца. 35. Особенности ЭКГ-картины при констриктивном перикардите. 36. Нарушения метаболизма в миокарде и связанные с этим изменения ЭКГ. 37. Понятие о электрокардиостимуляции (ЭКС). Виды ЭКС. 38. Показания к проведению постоянной ЭКС. 39. Виды кардиостимуляторов. 40. Изменения ЭКГ, связанные с ЭКС. 41. Понятие о ЭхоКГ. Виды ЭхоКГ (трансторакальная, чреспищеводная). Точки доступа. Понятие о М- и В-режимах. 42. Диагностическая ценность и информативность ЭхоКГ. Оценка основных морфологических параметров сердца. 43. Понятие о доплерографии. Оценка систолической и диастолической функций сердца. Понятие о фракции выброса, пике А, пике Е, DT, IVRT. 44. Виды диастолической дисфункции. Диагностическая значимость и интерпретация полученных результатов. 45. ЭхоКГ признаки гидроперикарда. Оценка количества жидкости в полости перикарда. 46. ЭхоКГ признаки инфекционного эндокардита. 47. Диагностика опухолей сердца. 48. Методы функциональной диагностики системы дыхания. Спирометрия. Спирография. 49. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Понятие о методе. 50. Диагностическая ценность СМАД. 51. Показания к СМАД. Техническое обеспечение метода. 52. Методика проведения исследования. Оценка результатов и их клиническая интерпретация. 53. Принцип индивидуального подбора гипотензивной терапии. 54. Принцип бифункционального мониторирования — холтеровского и СМАД. Клиническое значение исследования. Место метода в диспансеризации и реабилитации пациентов.
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2. «Функциональная диагностика в пульмонологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 55. Понятие об исследовании функции внешнего дыхания. Устройство и принцип действия спирометра. Определение и оценка показателей. Их физиологическое значение. 56. Устройство и принцип действия спирографа. Оценка показателей, получаемых с помощью спирографии 57. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов с

	<p>заболеваниями бронхо-легочной системы.</p> <p>58. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с заболеваниями бронхов и легких</p> <p>59. Пробы с бронходилататорами, с бронхоконстрикторами. Оценка результатов и интерпретация.</p> <p>60. Показания к проведению проб с бронходилататорами. Методика проведения пробы. Интерпретация полученных результатов.</p> <p>61. Диагностическая ценность пробы с бронходилататорами.</p> <p>62. Показания к проведению пробы с бронхоконстрикторами.</p> <p>63. Методика и условия проведения пробы с бронхоконстрикторами. Интерпретация полученных результатов.</p> <p>64. Диагностическая ценность пробы с бронхоконстрикторами.</p> <p>65. Легочная гипертензия: патогенез, формы (прекапиллярная, посткапиллярная).</p> <p>66. Основные причины, приводящие к развитию легочной гипертензии.</p> <p>67. Патогенез легочной гипертензии.</p> <p>68. Формы легочной гипертензии.</p> <p>69. Представление об определении давления в легочной артерии: катетеризация правого сердца и легочной артерии; неинвазивный метод (расчеты на основании методики Эходопплер). Диспансеризация. Реабилитация</p> <p>70.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3. «Методы диагностики заболеваний сосудов»</p>	<p>71. Ультразвуковая доплерография сосудов Принцип метода, физические основы. Методика проведения исследования. Спектральный режим, дуплексное сканирование.</p> <p>72. Основные показатели спектрограммы.</p> <p>73. Особенности спектрограммы сосудов шеи.</p> <p>74. Особенности спектрограммы сосудов верхних и нижних конечностей.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами);

Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1.
«Функциональная
диагностика в
кардиологии»

01. Нормальный зубец Q отражает преимущественно деполяризацию
а) межжелудочковой перегородки
б) левого желудочка в целом
в) верхушки сердца
г) боковых отделов левого желудочка
02. Наиболее информативные для диагностики гипертрофии левого желудочка отведения ЭКГ
а) стандартные
б) грудные
в) однополюсные усиленные
г) высокие грудные
03. Синдром WPW обусловлен наличием в миокарде
а) аномального дополнительного проводящего пути
б) эктопического водителя ритма
в) аномального дополнительного источника импульсов
г) срединной ветви левой ножки пучка Гиса
04. При синусовой тахикардии
а) расстояние RR укорочено пропорционально ускорению ритма
б) интервал TP укорачивается
в) комплекс QRS имеет тенденцию к уширению
05. Экстрасистолы - это преждевременные сокращения
а) желудочков
б) предсердий
в) всего сердца в целом
г) отдельных участков миокарда
06. К аллоритмии относится
а) бигеминия
б) тригеминия
в) парасистолия
г) реципроктные комплексы
07. С помощью электрокардиографии можно определить в сердце
а) зону поврежденного миокарда
б) зону некроза
в) наличие рубцов
г) наличие ишемии
08. Под ишемией миокарда понимают
а) нарушение процесса деполяризации
б) мелкоочаговый некроз
в) уменьшение кровоснабжения участков миокарда
г) процесс необратимых изменений в миокардиальных волокнах
09. На ЭКГ крупноочаговое острое повреждение проявляется обычно
а) появлением глубоких зубцов S
б) изменениями сегмента ST
в) появлением глубоких зубцов Q
г) изменениями зубца T
10. Признаками рубцовой стадии крупноочагового инфаркта миокарда является наличие на ЭКГ

	<p>а) смещения сегмента ST б) патологического зубца Q в) выраженных зазубрин на зубце R</p> <p>11. Во время приступа стенокардии на ЭКГ может отмечаться а) депрессия сегмента ST б) инверсия зубца T в) увеличение амплитуды зубца T г) уменьшение амплитуды зубца T</p> <p>12. Основным признаком пролапса митрального клапана а) систолическое прогибание одной или обеих створок митрального клапана в сторону левого предсердия б) наличие кальцината на створке митрального клапана в) передне-систолический сдвиг створок митрального клапана г) все вышеперечисленное</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2. «Функциональная диагностика в пульмонологии»</p>	<p>13. Прямое чтение данных спирографии может быть использовано для измерения всех следующих объемов и емкостей, кроме а) дыхательный объем б) резервный объем вдоха или выдоха в) жизненная емкость легких г) остаточный объем легких д) функциональная остаточная емкость</p> <p>14. При обструктивных нарушениях вентиляции увеличиваются следующие показатели а) остаточный объем легких б) жизненная емкость легких в) объем форсированного выдоха за 1 с. г) резервный объем вдоха д) резервный объем выдоха е) общая емкость легких</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3. «Методы диагностики заболеваний сосудов»</p>	<p>15. Оптимальным сечением для доплеровского исследования кровотока в области аортального клапана является а) парастернальное продольное б) парастернальное поперечное на уровне аорты в) парастернальное поперечное на уровне митрального клапана г) верхушечное четырехкамерное д) верхушечное пятикамерное</p>

Набор инструментальных методов исследования

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1. «Функциональная диагностика в кардиологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Q-инфаркт миокарда задне-диафрагмальной области. 2. БЛНПГ 3. Трепетание предсердий 4. БЛНПГ 5. ГЛЖ 6. Q-инфаркт миокарда передне-перегородочной области, верхушки. Желудочковая экстрасистола. 7. Ритм кардиостимулятора 8. Холтер ЭКГ 9. Суточное мониторирование АД. 10. ЭхоКГ ГЛЖ
--	--

	11. ЭхоКГ Инфекционный эндокардит 12. ЭхоКГ Рубцовые изменения 13. ЭхоКГ Аортальный стеноз
Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2. «Функциональная диагностика в пульмонологии»	14. Спирометрия
Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3. «Методы диагностики заболеваний сосудов»	15. Дуплексное сканирование внемозговых отделов сосудов головы и шеи

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

27.Тест

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

28.Набор инструментальных методов исследования

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	31. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	32. Знание алгоритма решения
	33. Уровень самостоятельного мышления
	34. Аргументированность решения
	35. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

29.Контрольная работа

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

30.Собеседование

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

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

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	НИМ И– набор инструментальных методов исследования,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Инструментальные методы исследования	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и их перечня
УК	1	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	
ПК	1	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	
	2			7, 14, 51, 63, 69	5, 10, 33, 35, 39	
	5	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	
	8			8, 15, 52, 63, 69	5, 10, 33, 35, 39	

12.1 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. Гиперволемия
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемия

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 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 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. Гиперволемия
- 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 ₂	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 мочи	8 мл щелочи	10-30 мл щелочи

Выберите наиболее подходящие объяснения изменений лабораторных показателей

Выберите один или несколько ответов:

- Показатель pH (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 BE (-11.0 ммоль/л при норме -3.3 -+2.3) свидетельствует о полном исчерпании щелочных резервов крови.
- Показатели AB и SB ниже нормы. Для правильного решения задачи особенно важно резкое снижение уровня показателя AB, 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 pH 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
- Бактериостатический препарат
- 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 печеночно-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 xЛНП 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 фармакокинетики 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^+ 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_1 ?

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. Фосфоорилаза 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 pH 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 Aδ-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 Aδ-волокна стимулируются совместно с тактильными рецепторами.

23. Больной 3. 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 297 мосм/кг, мочи - 657 мосм/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

е. 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
- c. 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
«СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
АККРЕДИТАЦИИ»**

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на семинарских занятиях по результатам тестирования, демонстрации ординаторами практических навыков (умений). Оценка самостоятельной работы ординатора проводится по докладам, с которыми ординаторы выступают перед группой. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости.

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.

**Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации,
проверяющих знания и умения в рамках компетенции**

№	Тестовые задания	Проверяемые компетенции
	РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ В СЛЕДУЮЩИХ ТОЧКАХ а) на стопе б) в области локтевого сустава в) на пальцах кисти г) в области затылка	УК-1, ОПК-7
	ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ а) недостаточность митрального клапана б) стеноз устья аорты в) аортальная недостаточность г) недостаточность трикуспидального клапана	УК-1, ОПК-7
	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СКВ КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БУДЕТ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА:	УК-1, ОПК-7

	<ul style="list-style-type: none"> а) повышение СОЭ б) рентгенологические признаки деструкции околоуставных тканей в) наличие РФ в сыворотке крови г) наличие LE-клеток в крови 	
	<p>ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ :</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кортикостероиды б) препараты золота в) нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) г) цитостатики 	УК-1, ОПК-7
	<p>НОСИТЕЛЬСТВО HLA-B27-АНТИГЕНОВ СВОЙСТВЕННО</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Ревматоидному артриту б) Анкилозирующему спондилиту (болезни Бехтерева) в) Дерматомиозиту г) Остеоартрозу 	УК-1, ОПК-7
	<p>023.ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДЛИТЕЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Общий атеросклероз сосудов б) Амилоидоз в) Микоз г) Порфирия 	УК-1, ОПК-7
	<p>016.ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Ускорение СОЭ б) Повышение ЛДГ в) Лейкоцитоз г) Титр АСЛ-О 	УК-1,ОПК-7
	<p>027.АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Детей б) Стариков в) Подростков и молодых мужчин г) Женщин в климактерическом периоде д) Молодых девушек 	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
	<p>069.УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Системной красной волчанки б) Ревматоидного артрита в) Остеоартроза г) Подагры 	УК-1, ОПК-7
	<p>36. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Всегда б) В особых случаях в) Не всегда г) Никогда 	УК-1, ОПК-7

Критерии оценки тестирования:

Оценка «отлично» - из 10 предложенных заданий в тестовой форме ординатором даны правильные ответы на все задания,

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибки,

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 «Симуляционный курс первичной специализированной аккредитации» 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.

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
16.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ОПК-5, ПК-7
17.	Методы обследования больного с анкилозирующим спондилитом	УК-1, ОПК-7
18.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ОПК-5, ПК-7
19.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
20.	Аускультация легких взрослого	УК-1, ОПК-7
21.	Методы обследования больного с ревматоидным артритом	УК-1, ОПК-7
22.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	
23.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии	
24.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
25.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
26.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
27.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
28.	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ОПК-7
29.	Методика проведения анестезии при внутрисуставном введение лекарственных средств.	УК-1, ОПК-7
30.	Методики проведения внутрисуставного введения лекарственных средств в коленный сустав.	УК-1, ОПК-7
31.	Методика проведения функциональных тестов в ревматологии.	УК-1, ОПК-7

Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
16.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
17.	Методика проведения анестезии при внутрисуставном введении лекарственных средств	УК-1, ОПК-7
18.	Методики проведения внутрисуставного введения лекарственных средств в коленный сустав	УК-1, ОПК-7
19.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
20.	Методика сбора анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ОПК-7
21.	Методика проведения функциональных тестов в ревматологии.	УК-1, ОПК-7
22.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
23.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
24.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ОПК-5, ОПК-7
25.	Методика обследования больного с анкилозирующим спондилитом.	УК-1, ОПК-7
26.	Тактика ведение больного при гипогликемии.	УК-1, ОПК-7
27.	Тактика ведение больного при гипергликемии.	УК-1, ОПК-7
28.	Методика аускультации легких взрослого.	УК-1, ОПК-7
29.	Тактика ведение больного при ЖКК.	УК-1, ОПК-7
30.	Тактика ведение больного при ОНМК.	УК-1, ОПК-7

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	ВЫСОКИЙ	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	ВЫСОКИЙ	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	СРЕДНИЙ	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	СРЕДНИЙ	4
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные</p>	О	80-76	НИЗКИЙ	4 (4-)

признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, 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 СФОР МИР ОВАН А	2

--	--	--	--	--

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПСА»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа

№№	Наименование раздела	Содержание самостоятельной работы	Объем в часах
1.	ФТД.3.1 «Экстренная медицинская помощь»		6
	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	2
	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	2
	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	2
2.	ФТД.3.2 «Сбор жалоб и анамнеза».		6
	Тема 1. Методика проведения сбора жалоб и анамнеза у пациента с ревматоидным артритом.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Методика проведения сбора жалоб у пациента с ревматоидным артритом.» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	Тема 2. Тактика ведения приема больного.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Тактика ведения приема больного». Отработка навыков с симуляционным пациентом.	3
3.	ФТД.3.3 « Физикальное обследование ревматологического		6

	пациента»		
	Тема 1. Методика обследования пациента с анкилозирующим спондилитом	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Методика обследования пациента с анкилозирующим спондилитом» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	Тема 2. Функциональные пробы при оценке состояния пациента с анкилозирующим спондилитом.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Функциональные пробы при оценке состояния пациента с анкилозирующим спондилитом.» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
4.	ФТД.3.4 «Внутрисуставное введение лекарственных препаратов»		3
	Тема 1. Методика внутрисуставного введения лекарственных препаратов»	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Методика внутрисуставного введения лекарственных препаратов» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
5.	ФТД.3.5 Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых		3
	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
	ИТОГО:		24 ч

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.

12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>58. 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.</p> <p>59. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.</p> <p>60. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс.</p> <p>61. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).</p> <p>62. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение.</p> <p>63. Оригинальные и генерические лекарственные препараты.</p> <p>64. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС.</p> <p>65. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию.</p> <p>66. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС.</p> <p>67. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.</p> <p>68. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.</p> <p>69. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.</p> <p>70. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в ревматологии.</p> <p>71. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</p> <p>72. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</p> <p>73. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.</p> <p>74. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>75. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>76. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>77. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>78. Противопоказания для применения и побочные эффекты</p>

- ненаркотических анальгетиков.
79. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.
 80. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в ревматологии.
 81. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.
 82. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.
 83. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.
 84. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.
 85. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.
 86. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в ревматологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.
 87. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.
 88. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.
 89. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.
 90. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.
 91. Последствия нерационального применения АМП
 92. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.
 93. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в ревматологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.
 94. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.
 95. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.
 96. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.
 97. Общие подходы к антимикробной профилактике в ревматологии.
 98. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в ревматологической практике.
 99. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.
 100. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.
 101. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.
 102. Выбор гемостатических препаратов в ревматологии.
 103. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.
 104. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.
 105. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная

	<p>помощь, профилактика.</p> <p>106. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.</p> <p>107. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.</p> <p>108. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>109. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в ревматологической практике.</p> <p>110. 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>111. 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 ревматолога.</p> <p>112. 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 ревматологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>113. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>114. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<p>61. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии.</p> <p>62. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.</p> <p>63. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.</p> <p>64. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.</p> <p>65. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.</p> <p>66. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.</p> <p>67. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.</p> <p>68. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.</p>
---	--

	<p>69. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.</p> <p>70. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.</p> <p>71. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</p> <p>72. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.</p> <p>73. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</p> <p>74. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</p> <p>75. Дайте определение понятия фармакодинамика.</p> <p>76. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</p> <p>77. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</p> <p>78. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.</p> <p>79. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.</p> <p>80. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</p> <p>81. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>82. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>83. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>84. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</p> <p>85. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</p> <p>86. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</p> <p>87. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>88. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>89. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>90. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, проитвопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>91. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>92. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, проитвопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>93. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p>

94. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.
95. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.
96. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.
97. Бета-лактамы антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.
98. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β -лактамаз, показания к применению.
99. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.
100. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.
101. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
102. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
103. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
104. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.
105. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
106. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
107. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
108. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
109. Противогрибковые препараты системного действия: классификация показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.
110. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.
111. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.
112. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в ревматологии
113. Специфические антитоды при передозировке препаратов,

	<p>влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>114. Алгоритм оказания помощи при тромбозах различных локализаций.</p> <p>115. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>116. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>117. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>118. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>119. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>120. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>10. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u></p> <p>Е) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</p> <p>Ф) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.</p> <p>Г) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.</p> <p>Н) Клинические испытания лекарственных средств.</p> <p>11. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u></p> <p>Е) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</p> <p>Ф) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</p> <p>Г) Выбор наиболее эффективного вида терапии.</p> <p>Н) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</p> <p>12. <u>Лекарственная форма это:</u></p> <p>Д) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</p> <p>Е) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.</p> <p>Ф) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.</p> <p>13. <u>К методам фармакоэкономического анализа не относятся:</u></p> <p>Е) Метод затраты-эффективность.</p> <p>Ф) Метод затраты-прибыль.</p> <p>Г) Метод затраты-полезность.</p> <p>Н) Метод затраты-выгода</p>
--	--

14. Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :

- Е) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.
- Ф) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
- Г) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
- Н) Не требует изучения генотипа больного.

15. В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:

- Е) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**
- Ф) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**
- Г) Хромосомные aberrации.
- Н) Хромосомные транслокации.

16. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:

- Е) CYP2D6.**
- Ф) CYP3A4
- Г) CYP2C9**
- Н) CYP2C19**

17. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :

- Е) Иммуноферментного анализа.
- Ф) Иммунофлюоресцентного анализа.
- Г) ПЦР.**
- Н) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.

18. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:

- Д) Высокая
- Е) Нормальная
- Ф) Низкая**

12. Биодоступность ЛС это:

- Д) Доля препарата, попавшая в кровотоки при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
- Е) Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**
- Ф) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровотоки из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

13. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

- Е) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.
- Ф) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.
- Г) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.
- Н) Для быстрого достижения равновесной концентрации**

препарата.

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

- F) всасывание;
- G) распределение;
- H) метаболизм (биотрансформация);
- I) выведение;

J) 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-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- 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.**

24. Агонисты рецепторов это:

- E) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- F) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- G) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- H) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

25. Антагонизм не является конкурентным, если:

- E) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- F) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- G) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**
- H) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.

24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

- A) типа А;
- B) типа В;
- C) типа С;**
- D) типа D;
- E) типа E

29. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- A) пожилой возраст;
- B) тяжелое состояние больного;

	<p>С) одновременное назначение нескольких лекарственных средств; D) генетическая предрасположенность; Е) все вышеперечисленное</p> <p>30. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u> A) приводящие к смерти; B) требующие госпитализации или ее продления; C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности); D) приводящие стойкому снижению трудоспособности; Е) все вышеперечисленное верно.</p> <p>31. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u> A) типа А; В) типа В; C) типа С; D) типа D; E) типа E.</p> <p>32. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u> A) комплаенсом; В) фармаконадзором; C) фармакоэпидемиологией; D) фармакоинспекцией.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>40. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u> a) диклофенак; b) индометацин; c) целекоксиб; d) ибупрофен;</p> <p>41. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u> a) аспирин; b) лорноксикам; c) целекоксиб; d) индометацин;</p> <p>42. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u> A) преднизолон В) метилпреднизолон C) дексаметазон B) Гидрокортизон</p> <p>43. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u> Е) аспирин; F) нимесулид; G) целекоксиб; H) лорноксикам;</p> <p>44. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u></p>

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

45. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:

- E) преднизон
- F) бетаметазон**
- G) беклометазона дипропионат
- H) метилпреднизолон

46. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

- E) циклооксигеназа**
- F) фосфодиэстераза
- G) 5-липооксигеназа
- H) фосфолипаза A2

47. 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

48. 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

49. 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

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

- E) Преднизолон.
- F) Метилпреднизолон.
- G) Дексаметазон.
- H) Гидрокортизон.**

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

- G) Вторичная надпочечниковая недостаточность.
- H) Истончение кожи, образование стрий.
- I) Остеопороз, асептические некрозы костей.
- J) Учащение и утяжеление инфекций.

К) Артериальная гипотензия.

L) Задержка роста у детей.

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

E) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)

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

G) Характеристики пациента

Н) Все вышеуказанное

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

D) 24 часа

E) **3 дня**

F) 7 дней

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

D) **5-10% случаев**

E) 20-30% случаев

F) 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. Самолечение 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:

G) Ампициллин.

Н) Оксациллин.

- I) Цефтриаксон.
- J) Амоксициллина клавуланат
- K) Цефалерзон.**
- L) Меропенем.

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- E) осельтамивир**
- F) ганцикловир
- G) идоксуридин
- H) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- E) ритонавир**
- F) арбидол
- G) диданозин
- H) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- E) ферон
- F) реаферон**
- G) виллферон
- H) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- D) 75-160 мг/сут.
- E) 500-1000 мг/сут.
- F) 160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- E) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- F) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- G) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- H) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- E) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- F) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- G) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- H) Растворяют фибриновый тромб.

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

- E) IIa, Xa.**
- F) IIa, IXa.
- G) Xa, IXa.
- H) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на

фоне терапии непрямymi антикоагулянтами является:

- E) Свежезамороженная плазма.
- F) Викасол.
- G) Протамина сульфат.**
- H) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- E) Международное нормализационное отношение (МНО).**
- F) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- G) Время свёртывания крови.
- H) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- E) Растворяют фибриновый тромб.**
- F) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- G) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- H) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

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

- E) ванкомицин**
- F) пиперациллин
- G) кларитромицин
- H) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- F) пefлоксацин
- G) линкомицин
- H) ровамицин**
- I) гентамицин
- J) доксициклин

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

- E) ципрофлоксацин
- F) меропенем**
- G) цефтриаксон
- H) ванкомицин

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

- E) рекомбинантные α/ γ интерфероны
- F) кагоцел
- G) ингавирин**
- H) циклоферон

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

- E) арбидол
- F) озельтамивир
- G) фамцикловир**
- H) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- D) меньшей токсичностью
- E) лучшей биодоступностью**
- F) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- E) амоксициллин
- F) дорипенем
- G) цефтаролин
- H) моксифлоксацин**

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

- E) Азитромицин**
- F) левомецетин
- G) имипенем
- H) амокициллин-клавунат

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

- F) гипнотический
- G) анксиолитический**
- H) вегетотропный
- I) противосудорожный
- J) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. потливость | A. верно 1, 2, 3 |
| 2. сердцебиение | B. верно 1, 4, 5 |
| 3. сухость во рту | C. верно 3, 4, 5 |
| 4. нарушение аккомодации | D. верно 1, 2, 5 |
| 5. задержка мочеиспускания | E. верно 2, 3, 4 |

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

- A) аминофиллин
- D) верапамил
- C) омепразол
- D) диазепам**
- E) все ответы правильные

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

- E) местное**
- F) общее (наркоз)

	<p>G) комбинированное H) нейролептоанальгезия</p> <p>70. <u>Общим обезболиванием является:</u> E) вагосимпатическая блокада F) спинальная анестезия G) стволовая анестезия H) внутривенный наркоз</p> <p>71. <u>При общем обезболивании происходит:</u> E) обратимое торможение нервной ЦНС F) необратимое торможение ЦНС G) блокада основного нервного ствола H) возбуждение ЦНС</p> <p>72. <u>Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:</u> E) обморок F) контрактура нижней челюсти G) анафилактический шок H) коллапс</p> <p>73. <u>Общим осложнением при обезболивании является:</u> E) контрактура F) коллапс G) некроз H) гематома</p> <p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u> F) обморок G) гематома H) контрактура I) кровотечение J) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u> E) внутривенно 1 мл мезатона F) внутримышечно 1 мл норадреналин G) внутримышечно метамезон H) внутривенно 1 мл атропина</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

31. Тест

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

32. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	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.)

33. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	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
ПК	2	1,25,26	1,2,18
	7	1 - 75	1-60
	9	1- 28	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа

Формы контроля – реферат

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»	6
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»	18

Темы рефератов

<i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»	<ol style="list-style-type: none">1. Новые лекарственные формы и способы доставки лекарственных препаратов.2. Фармакогенетика. Персонализированная медицина. Перспективы развития.3. Фармакоэпидемиология: методы исследования, значение для здравоохранения.4. Современные методы фармакоэкономических исследований.5. Взаимодействие лекарственных средств с пищей, алкоголем, фитопрепаратами.6. Биофармакология. Лекарственные препараты, полученные с использованием методов генной инженерии.7. Особенности фармакотерапии в период беременности.8. Особенности фармакотерапии в период лактации.9. Хронобиология и рациональное назначение ЛС. Лекарственный мониторинг при назначении препаратов с узкой шириной терапевтического диапазона10. Клинические исследования лекарственных средств, нормативные документы, регламентирующие проведение клинических испытаний лекарственных препаратов, понятие о качественной клинической практики (GCP).11. Этапы клинического исследования препаратов. Процедура регистрации новых ЛС.
<i>Б 1.Б.6.2</i> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»	<ol style="list-style-type: none">12. Значение фармакогенетического тестирования при терапии лекарственными препаратами из группы антиагрегантов и антикоагулянтов.13. Новые лекарственные препараты, влияющие на гемостаз.14. Современные рекомендации по профилактике и лечению тромбозов.15. Рациональная фармакотерапия кровотечений в ревматологической практике: оценка факторов риска, индивидуальный выбор препарата и оптимального режима дозирования.16. Антибиотикорезистентность: механизмы развития, значение в клинической практике, способы преодоления.17. Ступенчатая антибактериальная терапия. Принципы выбора препаратов, фармакоэкономическое основание.18. Локальный бактериальный мониторинг, практическое значение для рационализации антибактериальной терапии в ЛПУ.19. Клиническая фармакология новых антибактериальных

	<p>препаратов для лечения госпитальных инфекций (даптомицин, цефтобипрол, цефтаролин, линезолид).</p> <p>20. Клиническая фармакология общих анестетиков. Достоинства и недостатки отдельных препаратов, особенности клинического применения.</p> <p>21. Клиническая фармакология местных анестетиков. Достоинства и недостатки отдельных препаратов. Особенности клинического применения</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания

10. Реферат

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

12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГЕРИАТРИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Раздел 1 «Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Возрастная классификация по ВОЗ.2. Особенности здоровья населения пожилого и старческого возраста и методы его изучения.3. Принципы организации гериатрической помощи. Основные медицинские учреждения для обслуживания людей пожилого и старческого возраста.4. Представления о физиологическом, преждевременном, патологическом старении. Сосудистый возраст.5. Социальная активность пожилого человека в трудовой, общественно-политической, семейно-бытовой, культурно-массовой сферах жизнедеятельности.6. Адаптационные возможности организма при старении.7. Рациональное питание пожилого человека.8. Диспансеризация пациентов пожилого возраста: нормативные документы, организация, показатели, критерии эффективности.9. Проблема жестокого обращения с пожилыми.10. Периоперационное ведение пожилых пациентов.
<p>Раздел 2 «Частная гериатрия»</p>	<ol style="list-style-type: none">11. Комплексная гериатрическая оценка пациента старше 65 лет: цель, задачи, принципы, методы, формулировка заключения гериатра.12. Особенности течения заболеваний дыхательной системы в пожилом и старческом возрасте.13. Пневмонии. Особенности течения пневмоний в пожилом и старческом возрасте.14. Бронхиальная астма в пожилом и старческом возрасте: особенности фенотипа, диагностика, принципы терапии.15. ХОБЛ у пожилых: особенности клиники, диагностика, терапия.16. Особенности болезней сердечно-сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте.17. Обследование пожилых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.18. Атеросклероз - проблема гериатрии: диагностика, коррекция гиперлипидемий у пожилых пациентов.19. Ишемическая болезнь сердца в пожилом и старческом возрасте: классификация, диагностика.20. ОКС: понятие, диагностика. Тактика на догоспитальном этапе. Инфаркт миокарда в пожилом и старческом возрасте. Особенности течения у пожилых.21. Приобретенные пороки аортального клапана: стеноз устья аорты, аортальная недостаточность, комбинированный аортальный порок: клиника, диагностика, лечение, показания к оперативному лечению, периоперационное ведение (роль гериатра).22. Приобретенные пороки митрального клапана: митральный стеноз, недостаточность митрального клапана, комбинированный митральный порок: клиника, диагностика, лечение, показания к оперативному лечению, периоперационное ведение (роль гериатра).23. Гипертоническая болезнь в пожилом и старческом возрасте. Особенности диагностики. Принципы терапии.24. Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий в гериатрической практике.25. Нарушения проводимости: виды, принципы терапии в пожилом и старческом возрасте.26. ХСН у пожилых: особенности клиники и диагностики. Современная терапия ХСН.27. Болезни пищевода в пожилом и старческом возрасте. ГЭРБ: диагностика, принципы терапии.28. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте. Особенности течения. Осложнения.29. НПВП-гастропатия. Профилактика, лечение.30. Хронический панкреатит: особенности течения у пожилых, диагностика, принципы терапии.31. Запоры у пожилых: принципы терапии.

	<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: клинико-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. Пролетни: профилактика, принципы терапии</p>
<p>Б 1.Б.6.3 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>Раздел 1 «Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»</p>	<p>121. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы.</p> <p>122. Возрастные изменения системы дыхания.</p> <p>123. Возрастные изменения органов пищеварения.</p> <p>124. Возрастные изменения мочевыделительной системы.</p> <p>125. Возрастные изменения системы крови.</p> <p>126. Возрастные изменения эндокринной системы.</p>
<p>Раздел 2 «Частная гериатрия»</p>	<p>127. Принципы антибактериальной терапии пневмоний у пожилых пациентов</p> <p>128. Лечение обострений ХОБЛ у пожилых.</p> <p>129. Кислородотерапия при ХОБЛ у пожилых: показания, методика, современные технические средства.</p> <p>130. Лечение инфаркта миокарда в пожилом и старческом возрасте.</p> <p>131. Нарушения ритма сердца. Виды, стратификация риска.</p> <p>132. Фибрилляция предсердий у пожилых: классификация, тактика терапии, мониторируемые при лечении показатели.</p> <p>133. ПЭКС у пожилых: показания для имплантации ПЭКС, режимы ПЭКС, мониторируемые показатели, обучение пациентов и их родственников правилам безопасного использования ПЭКС.</p> <p>134. Фармакотерапия ХСН: особенности в пожилом возрасте, мониторируемые показатели.</p> <p>135. Антитромботическая терапия у пожилых.</p> <p>136. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пожилых пациентов. Клиническая фармакология антисекреторных препаратов. Понятие о депрескрайбинге ИПП.</p> <p>137. Коморбидные состояния: железодефицитные состояния, ХСН, ХБП у пожилых. Диагностика, тактика терапии.</p> <p>138. Фолиеводефицитная анемия у пожилых: клинико-лабораторные синдромы, тактика терапии, вторичная профилактика.</p> <p>139. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника: клиника, диагностика, осложнения, лечение.</p>

	<p>140.ЗНО толстого кишечника у пожилых: клиника, диагностика, возможности хирургического лечения.</p> <p>141.Возрастные изменения организма, влияющие на фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных средств и безопасность лекарственной терапии.</p> <p>142.Полипрагмазия у пожилых: проблема, пути решения, профилактика. START/STOPP-критерии для предотвращения потенциально некорректного назначения лекарственных препаратов пожилым пациентам.</p> <p>143.Гериатрические синдромы: недержание мочи.</p> <p>144.Гериатрические синдромы: головокружение.</p> <p>145.Гериатрические синдромы: пролежни.</p> <p>146.Гериатрические синдромы: депрессия.</p> <p>147.Гериатрические синдромы: болевой синдром.</p> <p>148.Гериатрические синдромы: синкопальные состояния у пожилых.</p> <p>149.Организация безопасного быта для пожилого пациента.</p>
Раздел 3 «Неотложные состояния в гериатрии»	<p>150.Делирий у пожилых: клиника, факторы риска, неотложная терапия, тактика</p> <p>151.Гиперосмолярные состояния при СД: клиника, диагностика, тактика терапии</p> <p>152.Гипогликемические состояния у пожилых: причины, клиника.</p> <p>153.Желудочно-кишечное кровотечение.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

Раздел 1 «Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»	<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</p>
---	--

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.

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.

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.

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/2.
 - 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 В₁₂ в сыворотке крови;
 - Г. концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови;

Д. определение абсолютного количества ретикулоцитов.

42. Причины возникновения В₁₂-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. В₁₂-дефицитной анемией;
- В. фолиеводефицитной анемией;
- Г. миелодиспластическим синдромом;
- Д. гемолитической анемией.

45. Укажите фактор, необходимый для всасывания витамина В₁₂:

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

46. При ЖДА относительно/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. гиперамилаземия
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 эпигастральной 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 прокинетиков; 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. рентгеноскопия 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 CO₂).
- б. Функциональная остаточная емкость легких (ФОЕ)
- в. Индекс Тиффно (ОФВ₁/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. гипертензии малого круга кровообращения
- д. боли в области сердца

65. Насыщение артериальной крови O₂ 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. микопlasма
- 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 м² 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 доброкачественная 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:
- а. ингибиторы 5 альфа-редуктазы;
 - б. спазмолитики;
 - в. препараты растительного происхождения;
 - г. альфа-адреноблокаторы;
 - д. антибактериальные препараты.
75. Для хронической болезни почек характерны:
- а. гипокальциемия в сочетании с гипофосфатемией
 - б. гипокальциемия в сочетании с гиперфосфатемией
 - в. гиперкальциемия в сочетании с гиперфосфатемией
 - г. гиперкальциемия в сочетании с гипофосфатемией
 - д. любые сочетания

<p>Раздел 3 «Неотложные состояния в гериатрии»</p>	<p>76. Для кетоацидотической комы характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз</u> Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы <p>77. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы</u> 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара 4-5 таблеток глюкозы 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ) <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:</p> <ol style="list-style-type: none"> правильны ответы 1, 2 и 3; правильны ответы 1 и 3; правильны ответы 2 и 4; <u>правильный ответ 4;</u> правильны ответы 1, 2, 3 и 4. <p>79. 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>правильны ответы 1, 2 и 3;</u> правильны ответы 1 и 3; правильны ответы 2 и 4; правильный ответ 4; правильны ответы 1, 2, 3 и 4. <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; Выберите правильный ответ по схеме:</p> <ol style="list-style-type: none"> правильны ответы 1, 2 и 3; правильны ответы 1 и 3; правильны ответы 2 и 4; правильный ответ 4; <u>правильны ответы 1, 2, 3 и 4.</u> <p>81. Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта <u>запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта</u> поворот пациента на спину, освобождение дыхательных путей <p>82. Основным признаком коматозного состояния является:</p> <ol style="list-style-type: none"> угнетение гемодинамики угнетение дыхания <u>угнетение центральной нервной системы</u> угнетение периферической нервной системы <p>83. Наиболее частой причиной кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является:</p> <ol style="list-style-type: none"> тромбоэмболия легочной артерии <u>обширный некроз миокарда</u>
--	--

	<p>в. разрыв межжелудочковой перегородки г. тампонада сердца</p> <p>84. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является: 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: 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: 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>Раздел 2 «Частные вопросы гериатрии»</p>	<p>Клиническая задача № 1</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.</p> <p>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 аускультации дыхание жесткое, 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.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.</p> <p>ЭКГ: ритм эктопический, зубцы Р во всех отведениях отсутствуют, между комплексами QRS мелкие волны «f», частота сокращения желудочков 95-150 в минуту.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Клиническая задача № 2</p> <p>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</p>
---	--

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/м².

Гиперемия кожи лица. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии легочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, с удлинённым 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 голени.

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: ОФВ₁= 41,0% от должного, ОФВ₁/ФЖЕЛ= 0,6. Пульсоксиметрия: SaO₂=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 ОФВ1/ФЖЕЛ 0,89, ОФВ1 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, высокотональные 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 пропafenон 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.).

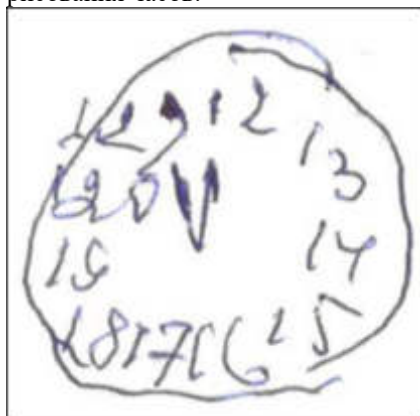
Объективно: Вес – 89 кг, Рост – 165 см, ОТ – 114 см, ОБ – 106 см. Лёгкие: везикулярное дыхание по всем отделам лёгочных полей, ЧДД – 17 в мин. Сердце: тоны ослаблены, не учащены, аритмичны. ЧСС = ЧП – 82 в мин. АД: 170/102 мм рт.ст., 158/100 мм рт.ст., 156/96 мм рт.ст., АД среднее (сидя): 161/99 мм рт.ст., 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/м²; 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 (подъем 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 приема 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 подъеме 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 отеков 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 тяжелой физической работой, при усилении болевого синдрома самостоятельно принимает НПВС: внутрь или парентерально (в/м) – диклофенак, кетопрофен. Длительность приема 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 голеней.

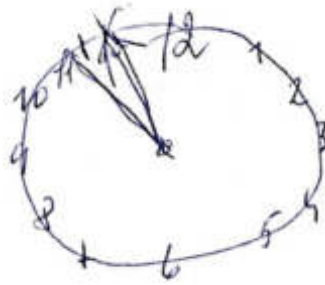
Лабораторные данные: гемоглобин – 130 г/л, гематокрит – 43%, глюкоза плазмы натощак – 7,7 ммоль/л, HbA1c – 7,9%, липидный профиль: ОХ – 4,1 ммоль/л; ЛПНП – 1,8 ммоль/л; ЛПВП – 0,86 ммоль/л; ТГ – 1,6 ммоль/л, Na⁺ – 140 ммоль/л; K⁺ – 4,3 ммоль/л, мочевая кислота – 422 мкмоль/л, креатинин – 110 ммоль/л; рСКФ (СКД-ЕРІ) – 55 мл/ мин/1,73 м², 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/м²; 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. ОГ – 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. Мочиспускание 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	
<p>Оценка когнитивного статуса: Шкала MMSE – 20 баллов Гериатрическая шкала тревоги и депрессии – 9 баллов Тест рисования часов:</p>  <p>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 м²; АЛТ – 13 Ед/л; АСТ – 17 Ед/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p>		

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		
<p>Оценка когнитивного статуса: Шкала MMSE: 24 балла Гериатрическая шкала депрессии и тревоги: 14 баллов.</p> <p>Лабораторные данные: гемоглобин – 115 г/л; эритроциты-$3,09 \cdot 10^{12}$/л, MCV- 78 фл, лейкоциты-$7,6 \cdot 10^9$/л: э-2,п-1,с-65,лимф-24,м-8; СОЭ-8 мм/ч, тромбоциты-$173 \cdot 10^9$/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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 приёма 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.</p>			

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 отеков 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 реберной 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, подчеркнут 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 $37,8^{\circ}C$).

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 $37,8^{\circ}C$, 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 $37,5^{\circ}C$. Рост – 172 см, вес – 60 кг. При аускультации лёгких – 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 - $4,42 \times 10^{12}/л$, Hb -165 г/л, Ht - 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 Δ 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 приеме 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 реберной дуги. Селезенка выступает на 2 см из-под края реберной 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, симвастатин 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 бедра	
Опросник «Возраст не помеха»	5 баллов	
Активность в повседневной жизни (индекс Бартел)	55 баллов	
Краткая шкала оценки питания – MNA	19,5 баллов	

Оценка когнитивного статуса:

шкала MMSE – 21 балл
тест рисования часов – 3 балла
гериатрическая шкала депрессии – 7 баллов.

Лабораторные данные: гемоглобин – 104 г/л; эритроциты $3,8 \times 10^{12}$ /л, MCV 78 fl, тромбоциты – 188×10^9 /л, лейкоциты – $4,9 \times 10^9$ /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; Na^+ 142 ммоль/л; K^+ 3,8 ммоль/л, мочевая кислота – 248 мкмоль/л; креатинин – 128 мкмоль/л; АЛТ – 15,1 Ед/л; АСТ – 17,7 Ед/л.

Заключение ЭКГ: Ритм ЭКС 60 в мин в режиме VVI.

Суточное мониторирование ЭКГ: 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-, тригемины желудочковыми экстрасистолами, всего 4120 за сутки. выявлены 4 парные желудочковые экстрасистолы.

Эхокардиография: 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.

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 № 17

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. SpO₂ 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 № 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 газовых 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/м². Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Отеков 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 реберной 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/м². 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 наружи 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 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 № 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., спиринолактон 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.

	<p>Больше 20 лет лечился в стационаре по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, последние годы-без обострений.</p> <p>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.</p> <p>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 z.Q в отведениях III, aVF). Депрессия сегмента ST на 1 мм косо нисходящего типа в отведениях V4-V6.</p> <p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

34. Тест

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

35. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	36. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	37. Знание алгоритма решения
	38. Уровень самостоятельного мышления
	39. Аргументированность решения
	40. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

36. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	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.)
--	---

37. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	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 «Герiatrics»

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
	4			1-6	1-10
ОПК	4	12-86	1-16	7-29 30-33	11-47 48-52
	8	1-11 76-86	3-16 6-9,11-14,16 1,17-21	1-29 30-33	1-47 11-47 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
<i>Б1.В.ОД.2.1</i>	<i>Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии</i>	15
<i>Б1.В.ОД.2.2</i>	Основные гериатрические синдром	15
<i>Б1.В.ОД.2.3</i>	Комплексная гериатрическая оценка	15
<i>Б1.В.ОД.2.4</i>	Неотложные состояния в гериатрии	15

Вопросы и задания для самоконтроля:

Раздел 1 «Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»	<ol style="list-style-type: none">1. Концепции паллиативной помощи. Принципы паллиативной помощи.2. Хоспис как организованная программа по оказанию паллиативной помощи.3. Эвтаназия как важнейшая проблема современной биоэтики.
Раздел 2 Основные гериатрические синдром	<ol style="list-style-type: none">4. Аффективный спектр расстройств в поздних возрастах5. Депрессии в поздних возрастах (скрининг, протоколы терапии)6. Тревожное расстройство в поздних возрастах (скрининг,
Раздел 3 «Частная гериатрия»	<ol style="list-style-type: none">1. протоколы терапии)2. Немедикаментозные методы лечения психических расстройств в поздних возрастах3. Синдром паркинсонизма: клиника, дифференциальный диагноз, подходы к терапии.4. Паллиативная помощь пациентам с терминальной стадией ХСН.5. Паллиативная помощь пациентам с терминальной стадией ХБП.

Раздел 3 «Неотложные состояния в гериатрии»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Делирий: от раннего распознавания к эффективному лечению 2. Коматозные состояния: клиника комы, диагностика и дифференциальная диагностика. 3. Мероприятия неотложной врачебной помощи при травмах головного мозга.
--	--

Темы рефератов:

Раздел 1 «Фундаментальная геронтология и социально-медицинские аспекты геронтологии»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Боль. Болевое поведение. 2. Правовые, социальные и этические проблемы эвтаназии. 3. Отношение общества к проблеме эвтаназии.
Раздел 2 Основные гериатрические синдром	<ol style="list-style-type: none"> 1. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга. 2. Психические нарушения при атрофических процессах головного мозга. 3. Расстройство сна в поздних возрастах (немедикаментозные интервенции) 4.
Раздел 3 «Частная гериатрия»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Паллиативная помощь при онкологических заболеваниях. 2. Паллиативная помощь пациентам с терминальной стадией дыхательной недостаточности. 3.
Раздел 3 «Неотложные состояния в гериатрии»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мероприятия неотложной врачебной помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения

Критерии и шкала оценивания

11. Реферат

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

12. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	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 коллег

11. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><i>Б 1. В.ОД.2</i> <i>«Онкология»</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Теории канцерогенеза.2. Факторы риска развития опухолей.3. Механизмы действия ионизирующих излучений на клетки.4. Формы роста злокачественных опухолей.5. Стадии рака по TNM.6. Общие клинические проявления при онкологических процессах.7. Основные методы лечения злокачественных новообразований.8. Боль и обезболивание при раке.9. Патогенетическое лечение. Основы таргетной терапии.10. Лабораторные методы диагностики опухолей.12. Рентгенологические методы в диагностике опухолей.11. Наследственные формы рака: рак молочной железы и яичников.
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><i>Б 1.В.ОД.2</i> <i>«Онкология»</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Гормонотерапия гормоночувствительного метастатического рака предстательной железы2. Предраковые состояния и изменения толстой кишки. Значение хронических воспалительных процессов.3. Паранеопластические синдромы при раке лёгкого с секрецией гормонально активных веществ и неясными этиологией и патогенезом.4. Предраковые состояния и изменения кожи в пожилом возрасте.5. Кахексия: возможности паллиативного лечения у пожилых.6. Раковая слабость: возможности паллиативного лечения у пожилых.7. Раковая боль: возможности паллиативного лечения у пожилых.8. Тошнота и рвота: возможности паллиативного лечения у пожилых.9. Системный воспалительный синдром при раке: возможности паллиативного лечения у пожилых.
---	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ОД.2 «Онкология»</p>	<p>1. Базалиома относится к:</p> <ol style="list-style-type: none">1. доброкачественным опухолям2. злокачественным опухолям3. предраковым заболеваниям4. дистрофическим процессам <p>2. Наиболее опасна ультрафиолетовая инсоляция для малигнизации заболевания:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Экзема2. Фотодерматит3. Пигментная ксеродерма4. Витилиго <p>3. Особенности herpes zoster у больных со злокачественными опухолями являются:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Склонность к ранней диссеминации2. Тенденция к слиянию первичных элементов с вторичным инфицированием3. Атипичная локализация (по ходу межреберных промежутков)4. Правильно все перечисленное <p>4. К предраковым заболеваниям толстой кишки относятся:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Семейный полипоз2. Неспецифический язвенный колит3. Ворсинчатая аденома4. Все ответы верны <p>5. Риск возникновения рака легкого по мере увеличения возраста обследуемых пациентов значительно возрастает:</p> <ol style="list-style-type: none">1. У мужчин2. У женщин3. У мужчин и у женщин4. Риск возникновения рака легкого не связан с возрастом <p>6. Какими морфологическими признаками характеризуется предраковое состояние слизистой оболочки желудка:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Наличием атипичных клеток2. Тяжелой степенью дисплазии эпителиальных клеток3. Наличием морфологических признаков хронического воспаления4. Наличием кишечной метаплазии очагового характера <p>7. Для включения пациента в группу повышенного риска развития рака желудка необходимо наличие:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Клинически доказанных фоновых заболеваний2. Атипичных клеток при морфологическом исследовании слизистой желудка3. Сочетание фоновых патологических процессов в желудке с тяжелой степенью дисплазии эпителиальных клеток4. Сочетание фоновых патологических процессов в желудке с легкой и средней степенью дисплазии эпителиальных клеток <p>8. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Узловую2. Диффузную3. Экземоподобные изменения ареола и соска4. Все ответы верные <p>9. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом является:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Маммография2. 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. Обязательным 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, малоболлезненное. 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. Адювантная 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). Иммунотерапия
- 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 иммунотерапией 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 меланома-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

	<p>4). Надключичные лимфоузлы 5). Кости</p> <p>Правильные ответы: А). 1,2,3 Б). 2,3,4 В). 2,4,5 Г). 1,4,5 Д). Правильно В) и Г)</p> <p>101. Для рака молочной железы не характерны метастазы в: А). Легкие Б). Печень В). Мозг Г). Пупок Д). Кости</p> <p>102. В молочной железе «болезнь Педжета» относится к: А). Узловой мастопатии Б). Внутрипротоковой папилломе В). Раку кожи Г). Узловой форме рака Д). Внутрипротоковому раку</p> <p>103. При I-IIa стадии рака молочной железы с локализацией в наружных квадрантах у женщин старше 55 лет целесообразно проводить: А). Мастэктомию по Холстеду + химиотерапию Б). Дооперационную лучевую терапию + мастэктомию по Пейти В). Мастэктомию по Маддену Г). Мастэктомию + послеоперационную лучевую терапию 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: А). Эндокринную терапию Б). Лучевую терапию на поясничный отдел позвоночника В). Химиотерапию тиофосаамидами Г). Правильные ответы А) и Б) Д). Все ответы правильные</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

38. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: Удовлетворительно (3)	% выполнения задания 61 – 75
Хорошо (4)	76 – 90
Отлично (5)	91 – 100

39. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	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.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	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.)

40.Собеседование

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
УК	1	1-104	1-9	1-6
	8	1-102	2,4	1-6
ОПК	4	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
	5	42,43,71-77,90,91,95,103,104	1,2,4,5-9	1,2,3,5,6
	6	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.ОД.2.1</i>	<i>Общие вопросы онкологии</i>	14
<i>Б 1. В.ОД.2.2</i>	<i>Методы диагностики, лечения и профилактики онкологических заболеваний.</i>	22

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.В.ОД.2 «Онкология»</i>	<p>1. Механизмы канцерогенеза. Теории возникновения злокачественных новообразований. Основные факторы риска онкологических заболеваний (канцерогены, наследственная предрасположенность, онкогены) и их механизмы действия. Основные признаки опухолевой клетки: атипизм. Стадии канцерогенеза. Иммунология опухолевого процесса.</p> <p>2. Клинико-патогенетические характеристики опухоли роста. Патогенез клинических симптомов. Предраковые заболевания. Понятие о раннем раке. Доклинический и клинический периоды развития рака. Основные клинические проявления рака. Дополнительные признаки злокачественных новообразований. Влияние инфекций и предшествующих заболеваний на клиническую картину рака.</p> <p>3. Виды диагностических исследований. Понятие о клиническом минимуме обследования при подозрении на рак.</p> <p>4. Морфологические методы диагностики новообразований Способы получения материала для морфологического исследования. Принципы морфологического исследования. Методы морфологического исследования новообразований: цитологические, гистологические, гистохимические, иммуногистохимические, иммунофлуоресценция, иммуноферментный анализ.</p> <p>5. Основные направления профилактики онкологических заболеваний Профилактика химических и физических канцерогенных воздействий, в том числе бытовых (курение, питание, алкоголь, стресс и др.). Скрининг предраковых заболеваний и раннего рака: массовые и индивидуальные профилактические осмотры. Медико-генетическое консультирование и молекулярно-генетический скрининг при наследственных формах рака.</p>
--	--

Перечень дискуссионных тем

<i>Б 1.В.ОД.2 «Онкология»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хроническое воспаление и рак 2. Эффект витаминов на риск развития онкологических заболеваний
--	--

Темы рефератов

<i>Б 1.В.ОД.2 «Онкология»</i>	<p>Теории канцерогенеза. Генетические механизмы канцерогенеза: гены супрессоры опухолевого роста и протоонкогены.</p>
--	---

	<p>Наследственные опухолевые синдромы: клиничко-генетические характеристики, методы диагностики, профилактики и лечения.</p> <p>Рак легкого: формы, клиничко-патогенетические характеристики различных форм, методы диагностики, лечения и профилактики.</p> <p>Опухоли почки: этиология, механизмы развития, классификации и клинические признаки, методы диагностики, профилактики и лечения</p> <p>Химиотерапия злокачественных опухолей: основные задачи, общие принципы химиотерапии, критерии оценки результатов.</p> <p>Международная классификация злокачественных новообразований. Система TNM. 8. Лимфогранулематоз.</p> <p>Неходжкинские лимфомы: этиопатогенез, клиническая картина, методы диагностики, лечения и профилактики.</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания

13. Реферат

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

14. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	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

12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><i>Б 1. Этико-правовые основы деятельности врача</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Исторические этапы медицинской этики2. Национальные системы здравоохранения и их этическая составляющая3. Международные документы в области медицинской этики4. Международные организации, предметом которых являются вопросы медицинской этики.5. Этическая регуляция в здравоохранении России6. Этические комитеты и этическое консультирование7. Теоретическая, практическая и прикладная биоэтика8. Нормы медицинской морали, которые стали статьями законов РФ9. Основные законодательные документы РФ в области медицины и здравоохранения10. Права и обязанности врача, закрепленные в законодательстве РФ11. Права и обязанности пациента, закрепленные в законодательстве РФ12. Правовая регламентация взаимоотношений медицинской организации и ФОМС13. Правовые нормы проведения клинических и доклинических испытаний14. Принцип конфиденциальности и врачебная тайна.15. Отличия врачебной ошибки и преступления.16. История и перспективы уголовной ответственности медицинских работников за профессиональное преступления17. Реабилитация медицинского работника по уголовным делам.18. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников (организаций)19. Гражданско-правовая ответственность по спорам о дефектах оказания медицинской помощи20. Компенсация морального вреда по делам о дефектах при оказании медицинской помощи21. Судебно-медицинская экспертиза по делам в отношении медицинских работников22. Сотрудники медицинской организации и представители средств массовой информации. Порядок взаимодействия.23. Что относится к ятрогенным преступлениям. Статистические данные последних лет.24. Медицинский блогинг: границы допустимого и ответственность.25. Разрешение медицинских споров о дефектах оказания медицинской помощи в иностранных системах здравоохранения.26. Диффамационные споры в здравоохранении.27. Медицинская медиация.28. Истории юридической ответственности врачей29. Особенности применения законодательства о защите прав потребителей к медицинским спорам.30. Должностные (коррупционные) преступления медицинских работников.
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><i>Б 1. Этико-правовые основы деятельности врача</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Информированное добровольное согласие (ИДС) пациента в практическом здравоохранении2. Информированное добровольное согласие испытуемого в клинических исследованиях3. Этическое и правовое регулирование оказания медицинской помощи детям4. Нормативная база вспомогательных репродуктивных технологий.5. Этика и право в психиатрии6. Необоснованные жалобы пациентов: проблема этического урегулирования (на примере стоматологии)7. Этико-правовая база превентивной медицины8. Нормы врачебной этики в предиктивной медицине9. Основные документы Министерства здравоохранения РФ, регулирующие обращение лекарственных средств
--	---

	<p>10. Права и обязанности врача во взаимоотношениях с медпредставителями фармацевтических компаний</p> <p>11. Государственная программа «Развитие здравоохранения» (2018-2025 гг) – этико-правовые аспекты</p> <p>12. «Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины» (Приказ Минздрава РФ от 24 апреля 2018 г. №186) и ее значение для повышения качества оказания медицинской помощи</p> <p>13. Этико-правовая регламентация в области телемедицины</p> <p>14. «Федеральная научно-техническая программа развития генетических технологий на 2019 - 2027 годы» (Постановление Правительства Российской Федерации от 22 апреля 2019 г. № 479) и ее роль в регулировании внедрения новых биотехнологий в практическую медицину.</p> <p>15. Правовая база цифровой медицины в стадии становления. Какой она должна быть?</p> <p>16. Обзор и характеристика типичных статей УК РФ, по которым судят медицинских работников за профессиональные преступления</p> <p>17. Ответственность медицинской организации перед пациентом: виды и содержание.</p> <p>18. Персональная ответственность медработников: уголовная, материальная, дисциплинарная ответственность.</p> <p>19. Регрессный иск работодателя к врачу, который причинил вред жизни и здоровью пациента.</p> <p>20. Страхование профессиональной ответственности мед. организации (работника): текущие возможности и перспективы.</p> <p>21. Иски и претензии пациентов к медицинским организациям: порядок рассмотрения, соглашение о досудебном урегулировании спора и варианты компромисса.</p> <p>22. Право пациента на получение информации о своем здоровье. Право знакомиться с медицинской документацией и получать копии и выписки.</p> <p>23. Право родственников пациента на доступ в реанимацию: правовые основания, ответственность за нарушение.</p> <p>24. Право родственников умершего пациента на ознакомление с его медицинской документацией: правовые основания, ответственность за нарушение.</p> <p>25. Врачебная тайна пациента, в том числе основания для разглашения информации без согласия пациента.</p> <p>26. Понятие умысла и неосторожности в профессиональной медицинской деятельности.</p> <p>27. Бремя доказывания обстоятельств в гражданском судебном процессе по делам о дефектах оказания медицинской помощи.</p> <p>28. Виды наказания в случае ятрогенных преступлений, судебный штраф.</p> <p>29. Всемирная ассоциация медицинского права: история и современность</p> <p>30. Договор о возмездном (платном) оказании медицинских услуг</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><i>Б 1. Этико-правовые основы деятельности врача</i></p>	<p>1. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в _____ условиях</p> <p>1) стационарных; +</p> <p>2) домашних;</p> <p>3) санаторных;</p> <p>4) амбулаторных.</p> <p>2. Граждане имеют право на подписание информированного добровольное согласия с</p> <p>1) 14-ти лет;</p> <p>2) 15-ти лет; +</p> <p>3) 18-ти лет;</p> <p>4) 16-ти лет.</p> <p>3. Законодательство РФ в сфере охраны здоровья основывается на положениях</p> <p>1) Гражданского кодекса РФ;</p> <p>2) Трудового кодекса РФ;</p> <p>3) Стратегии развития здравоохранения РФ;</p> <p>4) Конституции РФ. +</p> <p>4. Изъятие органов и тканей у живого донора допускается при достижении 18-ти</p>
--	---

	<p>летнего возраста донора и наличия 1) Информированного добровольного согласия; + 2) Разрешения органов исполнительной власти; 3) Согласия родителей донора; 4) Разрешения Роспотребнадзора.</p> <p>5. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство пациентом является обязательным 1) Предварительным условием оказания медицинской помощи в спорных случаях; 2) Предварительным условием оказания медицинской помощи при судебно-медицинской экспертизе; 3) Условием оказания медицинской помощи по экстренным показаниям; 4) Предварительным условием оказания медицинской помощи для всех пациентов. +</p> <p>6. Конституция РФ является 1) Федеральным законом; 2) Конституционным федеральным законом; 3) Подзаконным нормативно-правовым актом; 4) Основным законом, имеющим высшую юридическую силу. +</p> <p>7. Перечень высокотехнологичной медицинской помощи устанавливается 1) Конституцией РФ; 2) «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»; + 3) Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; 4) «Стратегией развития здравоохранения в РФ».</p> <p>8. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну допустимо при 1) Смертельном исходе пациента в стационаре; 2) Осуществлении контроля качества медицинской помощи; + 3) Осуществлении медицинской помощи несовершеннолетним пациентам старше 15-ти лет; 4) Наличии у пациента онкологического заболевания.</p> <p>9. Проблеме врачебных ошибок особое внимание уделял 1) И. П. Павлов 2) М. Я. Мудров 3) Н. И. Пирогов + 4) С. П. Боткин</p> <p>10. Имеет ли пациент право не знать о своем диагнозе? 1) Да + 2) Нет 3) Только родственники 4) Зависит от желания врача</p> <p>11. Принцип конфиденциальности в медицине важен для 1) Защиты пациента от «неудобных вопросов» 2) Защиты личного пространства врача 3) Установления доверия между врачом и пациентом + 4) Установления дистанции в общении между врачом и пациентом</p> <p>12. Пациентоориентированной моделью взаимодействия врача и пациента называют 1) Модель, основанную на уважении, понимании запросов больного и умении их решать, внимании к его эмоциональному состоянию + 2) Рыночную модель, ориентированную на принцип «клиент всегда прав» 3) Один из вариантов персонализированной медицины, когда лечение подбирается индивидуально в соответствии с генетическими особенностями пациента 4) Один из вариантов государственного здравоохранения, когда медицинская помощь оплачивается из государственного бюджета и является бесплатной для пациента</p> <p>13. В каких случаях лечение можно проводить без согласия больного?</p>
--	---

- 1)Отсутствие альтернативных методов лечения
- 2)Ожидается благоприятный исход лечения
- 3)В местах лишения свободы
- 4) **Когда пациент находится без сознания +**

14. В России при использовании ВРТ выбор пола будущего ребенка

- 1)Недопустим
- 2) Проводится по желанию пациента
- 3) **Недопустим за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом +**
- 4)Проводится во исполнение государственной демографической политики

15. Может ли врач нарушить врачебную тайну, чтобы сообщить о наследственном заболевании родственникам пациента?

- 1)Да
- 2)Да, но с согласия пациента
- 3)Да, если это жизненно необходимо для них
- 4)**Нет +**

16. Координация вопросов здравоохранения находится:

- А. В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся.+
- Б. В ведении Российской Федерации.
- В. В ведении субъектов Российской Федерации.

Вопрос 17. Спор между пациентом и медицинской организацией рассматривает:

- А. Арбитражный суд.
- Б. Суд общей юрисдикции.+
- В. Третейский суд

Вопрос 18 Решения судов, затрагивающие вопросы в области здравоохранения, являются источником российского права?

- А. Да.
- Б. Нет.+
- В. Только, если такие решения приняты Верховным Судом РФ.

Вопрос 19 Российская Федерация является участницей "Конвенции о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине" (Заключена в г. Овьедо 04.04.1997)

- А. Да
- Б. Нет+
- В. Документ подписан, но не ратифицирован.

Вопрос 20 Американский механизм компенсации за врачебные ошибки, именуемый «medical malpractice insurance», предполагает, что:

- А. Вред, причиненный врачебной ошибкой, возмещает государство
- Б. Вред, причиненный врачебной ошибкой, возмещает страховая компания+
- В. Вред, причиненный врачебной ошибкой, возмещает медицинская организация-работодатель.

Вопрос 21 Правовая процедура восстановления нарушенных прав медицинского сотрудника вследствие неправомерного уголовного преследования именуется:

- А. Компенсация
- Б. Реабилитация +
- В. Суброгация

Вопрос 22. По российскому законодательству иск (претензия) о

возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи, предъявляется:

- А. Медицинскому работнику
- Б. Медицинской организации +
- В. Органам здравоохранения.

Вопрос 22. Какие элементы гражданского правонарушения необходимы для возложения на медицинскую организацию обязанности по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи?

А. Вред, причиненный здоровью пациента; вина медицинского работника; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом; противоправность поведения медицинского работника;+

Б. Вред, причиненный здоровью пациента; вина медицинского работника; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом;

В. Вред, причиненный здоровью пациента; причинно-следственная связь между поведением медика и вредом; противоправность поведения медицинского работника;

Вопрос 22 В СМИ опубликована порочащая информация о деятельности медицинского учреждения. Вправе ли данная организация предъявить иск о защите чести, достоинства, деловой репутации?

- А. Да
- Б. Нет.
- В. Вправе предъявить только иск о защите деловой репутации +

Вопрос 24 Обязан ли журналист, взявший у медика интервью, согласовывать с ним текст публикации?

- А. Нет.+
- Б. Да, в любом случае.
- В. Да, если в интервью затрагивался вопрос врачебной тайны.

Вопрос 25. Что такое право на забвение?

А. Право заинтересованного лица потребовать у оператора поисковой системы прекратить выдачу ссылок, позволяющих получить доступ к информации о нем, содержащейся на таких интернет-ресурсах и являющейся неактуальной, утратившей значение для него в силу последующих событий или действий.+

Б. Право заинтересованного лица потребовать у редакции электронного СМИ удалить информацию о нем, содержащую недостоверный характер.

В. Право заинтересованного лица потребовать у редакции электронного

СМИ удалить информацию о нем, содержащую ложный характер.

Вопрос 26 Медицинская помощь оказывается пациенту в рамках системы обязательного медицинского страхования, распространяется ли на данные отношения законодательство о защите прав потребителей?

А. Да +

Б. Нет

В. Только при условии, если пациенту была оказана хотя бы одна дополнительная платная медицинская услуга.

Вопрос 27. Врач разместил фото с пациентом в своем блоге в социальных сетях. Согласия пациента получено не было. Будет ли размещение фотографии квалифицироваться в качестве разглашения врачебной тайны?

А. Нет.

Б. Да, в любом случае.+

В. Да, но только в том случае, если на фото указано Ф.И.О. пациента

Вопрос 28. Какая статья УК РФ наиболее часто применяется к медицинским работникам, допустившим дефекты при оказании медицинской помощи:

А. Часть 2 ст. 109 УК РФ +

Б. Часть 1 ст. 105 УК РФ

В. Часть 2 ст. 118 УК РФ

Вопрос 29. Во время проведения пластической операции под общим наркозом анестезиолог-реаниматолог изнасилвал пациентку. Какая ответственность наступит по данному факту?

А. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён к уголовной ответственности, клиника-работодатель возместит пациентке моральный вред

Б. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён как к уголовной ответственности, так и должен будет возместить пациентке моральный вред +

В. Анестезиолог-реаниматолог будет привлечён к уголовной ответственности, моральный вред в данном случае возмещению не подлежит

Вопрос 30. Расследованием ятрогенных преступлений в России занимается:

А. МВД РФ

	Б. Следственный комитет РФ. + В. Прокуратура РФ.
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p><i>Б 1. Этико-правовые основы деятельности врача</i></p>	<p>Задача № 1. Мужчина, 56 лет, страдает алкоголизмом и циррозом печени. Частые кровотечения, вызванные варикозными поражениями вен пищевода, требуют каждый раз дорогостоящего лечения в отделении реанимации, в том числе переливания крови. После выписки пациент продолжает употреблять алкоголь. Лечащий врач высказал мнение о том, что он не заслуживает бесплатного лечения на дорогостоящей реанимационной койке. Можно ли отказать в бесплатном лечении пациенту, чья болезнь обусловлена вредными привычками и асоциальным образом жизни? Должен ли человек нести ответственность за небрежное отношение к своему здоровью? 7. У больного, обратившегося к врачу-терапевту с болями в области сердца, обнаружен высокий уровень глюкозы в крови. После дообследования лечащий врач планирует назначить инсулин. Однако больной, узнав об этом, категорически отказывается, объясняя это тем, что не хочет «подсаживаться» на лекарство. В чем сложность информирования пациента в такой ситуации? Как от передачи информации перейти к совместному принятию решения?</p> <p>Задача № 2. Пациент после перенесенной COVID-19 договорился о дистанционной консультации и отправил все выписки, результаты исследований и ссылку на КТ-изображения через своего секретаря. Врач подготовил заключение и рекомендации. В распоряжении врача имеются только номер телефона и электронный адрес секретаря пациента. Каким образом следует передать/переслать заключение врача пациенту? Какие моральные проблемы могут возникать при проведении дистанционных консультаций?</p> <p>Задача № 3. Пациентка Н., 35 лет, на приеме у дерматокосметолога решает провести эстетическую коррекцию инъекциями гиалуроновой кислоты. Острота зрения обоих глаз 1,0, нет офтальмологических заболеваний в анамнезе. Во время процедуры отметила резкую боль и полную потерю зрения справа. После вызова офтальмолога, принято решение о введении гиалуронидазы ретробульбарно. Офтальмолог провел инъекцию без согласия пациентки, так как если при таком осложнении в течение 90 минут не будут приняты меры, зрение может быть навсегда утрачено. Нарушены ли врачом правовые и этические нормы? Как поступить врачу в экстренной ситуации, если нет времени на получение информированного согласия?</p> <p>Задача № 4. Пациентка С., 35 лет доставлена в гинекологическое отделение в связи с маточным кровотечением. При гистологическом обследовании диагностирован рак матки. С согласия больной произведена экстирпация матки. При гистологическом исследовании удаленного органа рак не подтвердился. Узнав об этом, женщина подала иск в связи с утратой детородной функции о возмещении ей морального ущерба. Как врач должен относиться к своей ошибке?</p> <p>Задача № 5. На консультацию к врачу-генетику обратилась семейная пара по вопросу повторного рождения ребенка с синдромом Дауна, транслокационная форма (кариотип: 46, XX, der (21; 21) (q 10; q 10) +21). При отдельной беседе по результатам цитогенетического исследования (кариотипирования) с отцом ребенка, выяснилось, что он является носителем сбалансированной гомологичной Робертсоновской транслокации (кариотип: 45, XY, der (21; 21) (q 10; q 10), что 27 делает теоретический риск рождения ребенка с</p>
---	--

транслокационной формой синдрома Дауна равным 100%. О своем носительстве мужчина отказался сообщать своей супруге, что явилось причиной появления второго ребенка с транслокационной формой синдрома Дауна в семье. В настоящий момент мужчина также отказывается информировать свою супругу о риске рождения ребенка с синдромом Дауна, связанным с носительством робертсоновской транслокации, и не дает согласия о разглашении этой информации при семейном консультировании в присутствии супруги. Как должен в этой ситуации поступить врач?

Задача №6 Пациент пожаловался в Роспотребнадзор на клинику, которая отказалась выдать ему результаты проведенного исследования МРТ в электронном виде на электронный носитель потребителя.

Клиника же обосновала отказ следующим:

- пациент обслуживался по полису ДМС, договор ДМС гарантирует пациенту (Застрахованному) одновременную выдачу протокола исследования с заключением врача и снимка МРТ-исследования на пленке, что и было сделано в рамках оказанной медицинской услуги;
- услуга "Выдача результата исследования (дополнительных снимков пройденного исследования) на электронном носителе" является дополнительной, так как она не предусмотрена полисом ДМС и не согласована страховой компанией, а следовательно, платной, о чем пациента уведомили. Однако он не попросил об оказании такой платной услуги, денег в кассу клиники не внёс,
- предоставление пациенту сведений о результатах его медицинского обследования на личный USB-носитель создало бы угрозу повреждения дорогостоящего сертифицированного оборудования клиники, безопасности хранения персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, что сделало бы невозможным осуществление клиникой лицензируемого вида медицинской деятельности,
- наконец, пациент не обращался с письменным заявлением о выдаче ему электронных результатов, а игнорирование устной просьбы не является нарушением законодательства.

Роспотребнадзор вынес клинике предписание, в котором указал, что:

- каких-либо объективных препятствий для выдачи потребителю медицинских услуг результатов его медицинского исследования на электронном носителе не имеется. Данные действия не связаны ни с действиями (бездействием) иных лиц, в том числе, контрагентов клиники, ни с длительными временными затратами на оказание этой услуги, ни, тем более, с финансовыми затратами, так как результаты уже имеются в электронной базе медорганизации и перенести их на съёмный электронный носитель не представляется проблемным;
- приложением к договору между клиникой и СМО на оказание медуслуг в пользу потребителя (третьего лица) является прейскурант, в котором указаны наименование и стоимость медицинских услуг, оказываемых застрахованным. Прейскурантом определены услуги МРТ, из которых следует, что потребителям в рамках ДМС оказываются медицинские услуги с выдачей результата на плёнке;
- таким образом, выдача результатов исследования на плёнке (как указано в прейскуранте являющимся неотъемлемой частью договора оказания медуслуг) ущемляет права потребителя на получение медицинских документов (их копии), отражающих состояние здоровья пациента, и выписок из них, в том числе в форме электронных документов, так как законодатель не ограничивает выдачу медицинских документов только в форме аналогового изображения (на плёнке);
- кроме того, в соответствии с ч. 5 ст. 22 Закона N 323-ФЗ пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному, в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.

Как вы считаете, кто прав в данной ситуации: клиника или Роспотребнадзор? Обоснуйте позицию

Задача №7 В клинику поступила пациентка с COVID-19. При поступлении в клинику пациентка подписала информированное согласие, в том числе на медицинское вмешательство. Разрешения на предоставление информации о диагнозе родственникам или законным представителям она не оставила. Пациентка скончалась в реанимации. Сын пациентки обратился в клинику о предоставлении ему медицинской карты матери, выписок и протокола патолого-анатомической вскрытия. Клиника отказала в выдаче медицинской документации со ссылкой на то, что пациентка не оставила информацию о контактных лицах для предоставления информации. Правомерен ли отказ клиники?

Задача №8

В 1986 году в роддоме пациентке проводилась операция по удалению внематочной беременности. В 2011 году в больнице проведена экстирпация матки. Других операций пациентке не проводили. В 2018 врачи частного медцентра локализовали образование в брюшной полости размером более 10 см, была проведена операция, а в послеоперационном диагнозе установлен межпечельный абсцесс, инородное тело брюшной полости - марлевая салфетка от оперативного вмешательства. С результатами лечения пациентка обратилась в суд, требуя взыскать с роддома и больницы: - стоимость операции в частном медцентре по удалению марлевой салфетки, и расходы на лекарства (всего около 300 000 рублей); - компенсацию морального вреда - еще 300 000 рублей; - расходы на услуги юриста, неустойку и "потребительский" штраф. Как вы оцениваете исход судебного разбирательства, будет ли удовлетворен иск?

Задача №9 Приговором суда Н. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности больному В..) и ему назначено наказание в виде ограничения свободы на срок 2 года. Решением суда в пользу М. (сестры умершего В.) было взыскана компенсация морального вреда в размере 1 млн. руб. Больница исполнила решение суда в полном объеме, перечислив М. данную сумму. Ссылаясь на то, что больница как работодатель возместило вред, причиненный по вине его работника, при исполнении им своих трудовых обязанностей, мед.учреждение просило суд на основании ст. 1081 Гражданского кодекса Российской Федерации, согласно которой наделено правом обратного требования (регресса) к этому работнику в размере выплаченного возмещения, взыскать с Н. в свою пользу в возмещение, причиненного ущерба, денежные средства в сумме 1 млн. руб. Как вы считаете будет ли удовлетворен данный иск. Может ли врач-хирург ходатайствовать перед судом о снижении размера взыскиваемой суммы, при каких обстоятельствах данное ходатайство будет удовлетворено и суд снизит размер взыскиваемой суммы?

Задача 10. Приговором суда врач признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности больному В..) и ему назначено наказание в виде ограничения свободы на срок 2 года. В соответствии с п. "а" ч. 1 ст. 78 УК РФ Н. был освобожден от назначенного судом наказания в связи с истечением сроков давности привлечения к уголовной ответственности. Вправе ли врач в соответствии с главой 18 УПК РФ обратиться за реабилитацией?

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

41. Тест

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

42. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	41. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	42. Знание алгоритма решения
	43. Уровень самостоятельного мышления
	44. Аргументированность решения
	45. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

43. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	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.)

44. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	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	4	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	5	1-15	1-15	1-5	1-15	-
ОПК	5	1-15	1-15	1-5	1-15	-

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 час.

Формы контроля – дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.</i>	<i>Этико-правовые основы деятельности врача</i>	12

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1. Этико-правовые основы деятельности врача</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные документы Министерства здравоохранения РФ, регулирующие обращение лекарственных средств 2. Права и обязанности врача во взаимоотношениях с медпредставителями фармацевтических компаний 3. Государственная программа «Развитие здравоохранения» (2018-2025 гг) – этико-правовые аспекты 4. «Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины» (Приказ Минздрава РФ от 24 апреля 2018 г. №186) и ее значение для повышения качества оказания медицинской помощи 5. «Федеральная научно-техническая программа развития генетических технологий на 2019 - 2027 годы» 6. Этические комитеты и этическое консультирование 7. Теоретическая, практическая и прикладная биоэтика 8. Нормы медицинской морали, которые стали статьями законов РФ 9. Основные законодательные документы РФ в области медицины и здравоохранения 10. Права и обязанности врача, закрепленные в законодательстве РФ 11. Права и обязанности пациента, закрепленные в законодательстве РФ 12. Правовая регламентация взаимоотношений медицинской организации и ФОМС 13. Правовые нормы проведения клинических и доклинических испытаний 14. Принцип конфиденциальности и врачебная тайна. 15. Отличия врачебной ошибки и преступления. 16. Соотношение понятия врачебная помощь и медицинская услуга 17. Привлечение медиков к уголовной ответственности за убийство пациента: сравнение российского и международного правоприменения. 18. Особенности применения законодательства о защите прав потребителей к медицинским спорам 19. Разрешение медицинских споров о дефектах оказания медицинской помощи в иностранных системах здравоохранения. 20. Диффамационные споры в здравоохранении. 21. Медицинская медиация. 22. Истории юридической ответственности врачей. Дело врачей 1953 года. 23. Способы защиты от насилия со стороны пациента (его родственников). 24. Роль и значение судебной практики по медицинским спорам. 25. Реабилитация медицинского работника, подвергшегося незаконному уголовному преследованию.
--	--

Перечень дискуссионных тем:

<i>Б 1. Этико-правовые основы деятельности врача</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Информированное добровольное согласие (ИДС) пациента в практическом здравоохранении. ИДС испытуемого в клинических исследованиях 2. Необоснованные жалобы пациентов: проблема этического урегулирования (на примере стоматологии) 3. Этико-правовая база превентивной медицины 4. Нормы врачебной этики в предиктивной медицине 5. Этико-правовая регламентация в области телемедицины 6. Есть ли необходимость приравнять медицинских работников к государственным служащим. 7. Пациентский потребительский «экстремизм»: причины явления, пути преодоления
--	---

	<p>проблемы.</p> <p>8. Причину неуклонного роста количества дел о дефектах оказания МЕДИЦИНСКОЙ помощи.</p> <p>9. Риски медицинского работника при оказании помощи вне рамок рабочего времени (например, человеку стало плохо в самолете, поезде и т.д.)</p> <p>10. Может ли медицинский работник вне рабочее время в публичном пространстве вести себя вызывающее, провокационно (полуобнаженные фото, вождение автомобиля в нетрезвом состоянии и т.д.) Как работодателю воздействовать на такого работника в рамках правового поля?</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания

15. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	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

11.1. ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ФОС) ПО ПРОГРАММЕ ОСВОЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ»

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы:

Этапы подготовки к зачетному занятию в рамках программы подготовки ординаторов реализуются следующим образом:

1. ТЕСТИРОВАНИЕ - первый этап оценки сформированности компетенций специалиста - проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого аккредитуемого автоматически с использованием информационных систем путем выбора **60 тестовых заданий** из единой базы оценочных средств.

Каждый тест содержит **4 варианта ответа**, среди которых, только **один правильный**.

На решение аккредитуемым варианта тестовых заданий отводится **60 минут**.

Результат формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего количества тестовых заданий:

- «сдано» при результате **70% и более** правильных ответов;
- «не сдано» при результате **69% и менее** правильных ответов;

1. ПРИМЕРЫ ТИПОВЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ, ПРОВЕРЯЮЩИХ ЗНАНИЯ И УМЕНИЯ В РАМКАХ КОМПЕТЕНЦИЙ.

Проверяемые компетенции (см. соответствующую специальность)
ОПК-10
УК-1

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

001. КОМПОНЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, СВЯЗАННЫЙ С РЕАКЦИЕЙ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ТКАНЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ ЭЙКОЗАНОЙДНЫХ КАСКАДОВ, НОСИТ НАЗВАНИЕ

- A. Трансмиссия
- B. Трансдукция
- C. Модуляция
- D. Перцепция

002. МЕТОДОМ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Термоальгометрия
- B. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)
- C. Кардиоинтервалография
- D. Электроэнцефалография

003. ПРЕПАРАТОМ - АГОНИСТОМ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Метамизол натрий
- B. Пентазоцин
- C. Морфин
- D. Кетопрофен

004. КОМПОНЕНТОМ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАБЛОКИРОВАН РЕГИОНАРНЫМИ МЕТОДИКАМИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Перцепция
- B. Модуляция
- C. Трансдукция

005. ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫРАЖЕННЫМ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИМ И ЖАРОПОНИЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ

- A. Ацетаминофен
- B. Бупренорфин
- C. Кетамин

006. УПРЕЖДАЮЩАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Методикой обезболивания при травматическом шоке
- B. Создание оптимального уровня болевого статуса до повреждения
- C. Методика продленного введения наркотических анальгетиков

007. ДИАЗЕПАМ И ДРУГИЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЛИЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЙ КОМПОНЕНТ
БОЛЕВОГО СИНДРОМА

- A. Эмоционально-перцептивный
- B. Периферический

Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов

008. ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА
НПВС.

- A. Гастропатии
- B. Медикаментозный панкреатит
- C. Тромбоцитопении/патии
- D. Синдром Лериша

009. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ БОЛИ ПО ВАШ ПРИЕМЛЕМ ПЕРИОДЕ
ТРАНСПОРИРОВКИ ПАЦИЕНТА

- A. В покое 2-3 балла
- B. При активизации 3-4 балла
- C. В покое 5-6 баллов
- D. При активизации 6-7 баллов

010. ВЫБОР МЕТОДА ТРАНСПОРТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ОБУСЛОВЛЕН

- A. Устойчивостью к болевым стимулам
- B. Травматичностью хирургического вмешательства
- C. Риском транспортировки
- D. Клинико-фармакологическими свойствами препаратов

011. ПЕРСОНИФИКАЦИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НЕОБХОДИМА

- A. Для повышения качества исходов при оказании медицинской помощи
- B. Для повышения пропускной способности бригад СМП
- C. Для улучшения качества здоровья и жизни пациентов

Ответы на тестовые задания

№ вопроса	ответ
1	A
2	B
3	C
4	C

5	A
6	B
7	A
8	A, C
9	A, B
10	A, B, D
11	A, C

2. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Второй этап подготовки – ситуационные задачи (кейс-задания) формирует необходимые компетенции для реализации профессиональных задач.

С ситуационными задачами можно ознакомиться на сайте Методического центра аккредитации специалистов https://fmza.ru/fos_primary_specialized/Anesteziologiya-reanimatologiya/ раздел **Репетиционный экзамен.**

В случае отсутствия ситуационных задач (кейс-заданий) на портале, ординаторам предоставляется банк задач, размещенный на информационном портале ВолГМУ в ЭИОС (<https://elearning.volgmed.ru/>).

Примеры типовых ситуационных задач, проверяющих знания и умения в рамках компетенций.

Проверяемые компетенции
ОПК-10
УК-1

1. У пациентки 45 лет после укуса пчелы в течение 5-10 минут появились зуд, крапивница, эритема, чувство жжения, осиплость голоса. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 120 в 1 мин., АД 60/30, тоны сердца глухие, при аускультации затрудненный выдох, множественные сухие хрипы.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- Опишите тактику оказания скорой медицинской помощи при данном состоянии.

- Что является лекарственным препаратом первого выбора при анафилактическом шоке, укажите дозировку для взрослых и детей?

- Какую лекарственную терапию вы будете проводить при наличии у пациентки бронхоспазма?

2. У пациента 18 лет после внутривенного введения антибиотика в течение нескольких секунд развилась артериальная гипотензия, пульс на периферических артериях не определяется, дыхание носит агональный характер, зрачки расширены, реакция на свет зачастую отсутствует, свистящее дыхание с удлиненным выдохом, резкая бледность кожных покровов.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.

- Обоснуйте поставленный вами диагноз.

- Опишите тактику оказания скорой медицинской помощи при данном состоянии.

- Что является препаратом первого выбора при анафилактическом шоке, укажите дозировку для взрослых и детей?

3. Вызов на улицу, на автобусную остановку. Мужчина, около 45 лет, внезапно упал, перестал дышать. При осмотре: сознание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется, дыхания нет. На мониторе крупноволновая фибрилляция желудочков.

- Предположите наиболее вероятный диагноз. Основные критерии постановки этого диагноза.

- Опишите тактику оказания скорой медицинской помощи при данном состоянии.

- Каковы приоритеты при проведении сердечно-легочной реанимации в данном случае?

- Какие лекарственные препараты, а также в каких дозировках, вы будете применять в данной ситуации?

- Когда вы можете прекратить проводить реанимационные мероприятия?

4. Больной Б. 58 лет. Вызов врача скорой медицинской помощи на дом. Повод к вызову: перебои в работе сердца. Считает себя больным около 5 часов, когда появилось ощущение сердцебиения. Ранее нарушений ритма не отмечал. В анамнезе гипертоническая болезнь, более 10 лет, постоянно получает гипотензивную терапию (ингибиторы АПФ, диуретики). Вредные привычки отрицает. Имеется избыточная масса тела (индекс массы тела - 32)

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, теплые, умеренной влажности. Конституция нормостеническая. ЧД - 23 в минуту, дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум на верхушке. Границы сердца расширены влево. ЧСС около 150 ударов в минуту. Пульс слабого наполнения, около 120 в мин. Дефицит пульса - до 30 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Данные ЭКГ:

- Предположите наиболее вероятный диагноз. Дайте заключение по представленной ЭКГ.

- Обоснуйте поставленный вами диагноз.

- Опишите тактику оказания скорой медицинской помощи при данном состоянии.

- Какие данные обследований будут подтверждать ваш предполагаемый диагноз.

- Ваши рекомендации по дальнейшему лечению пациента.

5. Женщина 19 лет. Жалобы на внезапно возникшую острую боль внизу живота справа, возникшую в конце полового акта, на высоте болей кратковременная потеря сознания, рвота однократно, слабость, головокружение, боль иррадирует в эпигастральную область. Анамнез: Соматически здорова. Травм, операций не было. Менструации с 12 лет, установились в течение года, по

5 дней, через 28-30 дней - регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Контрацепция - прерванный половой акт. Беременностей не было. По данным женщины, исходя из даты последних менструаций, которые прошли без особенностей, в настоящее время 17-ый день менструального цикла. Состояние тяжелое. Вынужденное положение: лежит на правом боку, подогнув ноги к животу. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные. Пульс на периферических артериях с частотой 100 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Живот болезненный преимущественно в нижней части, определяются перитонеальные симптомы в нижних отделах, перкуторно в брюшной полости определяется свободная жидкость. Выделения слизистые.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
- Опишите тактику оказания скорой медицинской помощи при данном состоянии.

6. Больной около 30 лет (неизвестный, без документов, анамнез не известен, время экспозиции не известно). Найден на кладбище, без сознания, Доставлен в стационар выездной бригадой скорой медицинской помощи. На догоспитальном этапе кома 1, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений 120/мин, акцент 2 тона в точке Боткина; pO₂арт 78 мм.рт.ст. Дыхание самостоятельное 22/мин. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Живот мягкий, безболезненный, перистальтических шумов нет. Зрачки D=S, 8 мм в диаметре. Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе: фенилэфрин 2 мл в 400,0 мл декстрана, установлен воздуховод. В стационарном отделении скорой медицинской помощи: сознание кома 1; Артериальное давление 80/50 мм.рт.ст.; частота сердечных сокращений 115/мин, pO₂арт 78 мм.рт.ст. Кожные покровы и слизистые бледные, влажные. Дыхание самостоятельное 22/мин. Живот мягкий, безболезненный, перистальтики нет; зрачки D=S, 8 мм в

диаметре, фотореакция снижена, одинаковая с обеих сторон, глазные яблоки - фиксированы. Нистагма нет, лицо симметричное. Сухожильные и периостальные рефлексы ослаблены, мышечный тонус и реакция на боль снижены. Менингеальных знаков нет. Инфузия фенилэфрин и декстран. Проведена фармакологическая проба декстроза (25 г) + тиамин (200 мг) + налоксон 200 мкг - без эффекта (судорог, увеличения частоты сердечных сокращений после пробы не наблюдалось). На ЭКГ: синусовый ритм, блокада правой ножки Пучка Гиса, комплекс QRS 0,14 с.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- Опишите тактику оказания скорой медицинской помощи при данном состоянии.
- Ваши рекомендации по плану дальнейшего лечения пациента.

3. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К СОБЕСЕДОВАНИЮ

1. Оснащение и оборудование бригад скорой медицинской помощи и отделения (пункта) медицинской помощи на дому (медицинская сумка врача).
2. Принципы оценки тяжести состояния пациента.
3. Наркозная и дыхательная аппаратура, используемая на этапе оказания экстренной и неотложной помощи.
4. Вспомогательные диагностические аппаратура и методы, используемые на этапе оказания неотложной помощи..
5. Растворы и препараты для инфузионной терапии, применяемые на этапе оказания неотложной помощи..
6. Клинические и лабораторные признаки гиповентиляции пациента?
7. В каких ситуациях принимается решение не проводить и прекратить сердечнолегочную реанимацию?
8. Оценка риска педиатрической госпитализации.
9. Организация и обеспечение медицинской транспортировки.
10. Каковы правомерные действия врача скорой помощи и медперсонала

приемного блока стационара при отказе в госпитализации пациента?

11. Что необходимо предпринять на догоспитальном этапе при отказе от осмотра, проведения лечебных мероприятий и госпитализации?

12. В каких случаях врачу могут быть предъявлены обвинения в халатности?

13. Какими клиническими признаками проявляется гипоксия?

14. Какими клиническими признаками проявляется дыхательный алкалоз?

15. Каковы причины, клинические признаки и мероприятия экстренной медицинской помощи при различных вариантах острого стенозирующего ларинготрахеита (обструктивного ларингита).

16. Причина и экстренная медицинская помощь при аллергическом отеке гортани.

17. Экстренная диагностика и неотложные медицинские мероприятия при эпиглотитте на догоспитальном этапе.

18. Немедленная (базовая) и расширенная сердечно-легочная реанимация (ERC, 2015; ILCOR, 2015) CAB и ABC.

19. Восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей.

20. Интубация трахеи: показания, техника, риски.

21. Оксигенотерапия на догоспитальном этапе.

22. Сосудистый доступ.

23. Синхронизированная и несинхронизированная кардиоверсия (дефибрилляция).

24. Инфузионная терапия на догоспитальном этапе.

25. Клиническая картина, критерии диагноза, дифференциальный диагноз и неотложные медицинские мероприятия при шоковых состояниях на догоспитальном этапе.

26. Седация, аналгезия и анестезия на догоспитальном этапе.

27. Купирование нарушений гемостаза и гемокоагуляции у пациентов и пострадавших разных возрастных групп.

28. Мониторинг состояния больных и пострадавших.
29. Острая дыхательная недостаточность.
30. Пневмония.
31. Острая обструкция верхних и нижних дыхательных путей.
32. Астматический статус.
33. Некардиогенный отек легких у пациентов и пострадавших разных возрастных групп на догоспитальном этапе.
34. Синдром внутригрудного напряжения.
35. Респираторный дистресс-синдром взрослых.
36. Гнойные заболевания легких и плевры.
37. Гипертонический криз и синдром артериальной гипертензии.
38. Тромбоэмболия легочной артерии.
39. ИБС: стенокардия, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда.
40. Острая сердечная и острая сосудистая недостаточность.
41. Нарушения сердечного ритма и проводимости.
42. Синкопальные состояния.
43. Острая диарея.
44. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки.
45. Вирусные гепатиты и печеночная кома.
46. Клиническая картина и критерии диагноза заболеваний мочеполовой системы.
47. Острая и хроническая почечная недостаточность.
48. Геморрагический и ишемический инсульты, субарахноидальное кровоизлияние.
49. Судорожный синдром.
50. Эпилептический статус.
51. Синдром острой внутричерепной гипертензии у пациентов и пострадавших разных возрастных групп на догоспитальном этапе.

52. Первично-церебральная кома и вторичная комы.
53. Вегетативные кризы и вертеброгенный болевой синдром.
54. Черепно-мозговая травма: сотрясение головного мозга; ушиб головного мозга;
диффузное аксональное повреждение; эпидуральная и субдуральная гематомы.
55. Травма спинного мозга.
56. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при эндокринных заболеваниях.
57. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при гематологических заболеваниях: гемолитический криз, геморрагические диатезы, синдром ДВС; анемии.
58. Анафилактический шок.
59. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при аллергологических заболеваниях: отёк Квинке, сывороточная болезнь.
60. Токсический эпидермальный некролиз (синдромы Лайелла и Стивенса = Джонсона).
61. Острый приступ закрытоугольной глаукомы.
62. Ожоги, механические травмы и острые заболевания органа зрения.
63. Носовое кровотечение.
64. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при острых заболеваниях и травмах ЛОР-органов.
65. Критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при остром обструктивном ларингите.
66. Синдром сдавления нижней полой вены у беременных.
67. «Острый живот» в гинекологии
68. Нормальные роды вне стационара.
69. Первичный уход за новорожденным.
70. Метро- и менорагии.

71. Прерывание беременности.

72. Гестоз: лечебно-диагностическая тактика при преэклампсии и эклампсии.

73. Особенности проведения СЛР у новорожденных детей.

74. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при заболеваниях периода новорожденности.

75. Лечебно-диагностическая тактика при органических психических расстройствах и при острых интоксикационных психозах.

76. Неотложная помощь при пограничных состояниях в психиатрии и при психических расстройствах у больных с соматическими заболеваниями.

77. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при передозировках наркотических веществ: опиатов и опиоидов;

метамфетаминов и кокаина; спайсов; каннабиоидов; шалфея; психодислептиков.

78. Синдромный подход к диагностике неотложных состояний хирургических больных.

79. Внутреннее кровотечение.

80. Синдромы и заболевания в урологии и нефрологии: острый пиелонефрит, простатит, эпидидимит, мочекаменная болезнь.

81. Острые нарушения артериального и венозного кровообращения.

82. Аневризма и расслоение аорты.

83. Пневмоторакс.

84. Общие принципы диагностики и оказания неотложной помощи при острых отравлениях.

85. Мероприятия по удалению невсосавшегося яда, принципы удаления всосавшегося яда: антидоты, гемодиллюция и инфузионная терапия, гемодиализ в токсикологии.

86. Неотложные медицинские мероприятия при известном токсическом веществе.
87. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при травмах: комбинированная и сочетанная травма.
88. Синдром длительного сдавления.
89. Странгуляционная асфиксия.
90. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области.
91. ЭКГ диагностика в практике врача на этапе оказания экстренной и неотложной помощи..
92. Клиническая картина, критерии диагноза, дифференциальный диагноз и неотложные медицинские мероприятия при инфекционных заболеваниях.
93. Менингококковая инфекция.
94. Особо опасные инфекционные заболевания.
95. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при повреждениях, вызванных факторами среды: утопление, перегревание, переохлаждение, ингаляция горячего воздуха, продуктов горения и угарного газ, баротравмы.
96. Поражение ионизирующим излучением.
97. Поражение неионизирующим излучением.
98. Кинетозы: воздушная и морская болезни.
99. Высотная и горная болезни.
100. Поражения организма вследствие декомпрессии.

11.2. ПРИЛОЖЕНИЕ 2

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРКДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача скорой медицинской помощи и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Обучение базируется на андрагогической модели. Семинарские и лекционные занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача скорой медицинской помощи.

Самостоятельная работа проводится под руководством преподавателей, включает аудиторную и внеаудиторную работу ординаторов. Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача скорой медицинской помощи, так и для реализации возможности личностно-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний и практических умений ординатора.

Преподавание дисциплины «Медицинская помощь при неотложных состояниях» строится в соответствии со следующими принципами:

- принцип модульного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;
- принцип технологичности;
- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик.

Важной составной частью учебной аудиторной и самостоятельной работы является широкое применение современных мультимедийных средств, компьютерных технологий.

Активными и интерактивными формами обучения в данном курсе могут являться как отдельные упражнения на занятии, так и занятия в целом, аудиторные или самостоятельные, с использованием информационных технологий.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Тема 1. Современные принципы и методы диагностики при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи и проведении интенсивной терапии. Место скорой медицинской помощи в клинической медицине. Цели и задачи ИТ на этапе оказания экстренной и неотложной помощи.

Тема 2. Принципы формулирования патофизиологического (синдромального) диагноза.

Тема 3. Этика и деонтология. Биоэтика.

Тема 4. Стандарты мониторинга безопасности пациентов.

Тема 5. Основы интенсивной терапии.. Методы интенсивной терапии.

Тема 6. Теоретические основы оказания СМП и ИТ.

Тема 7. Клиническая фармакология средств для инотропной поддержки, кардиодотоников, инфузионных сред.

Тема 8. Диагностика неотложных состояний.

Тема 9. Интенсивная терапия неотложных состояний.

Тема 10. ИВЛ. Показания, методы, режимы.

Тема 11. Ошибки и осложнения при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи.

Тема 12. Гемодинамическая поддержка.

Тема 13. Респираторная терапия.

Тема 14. Противошоковая терапия.

Тема 15. НП в акушерстве и гинекологии. Неотложная помощь при родах.

Тема 16. ИТ у больных с заболеваниями органов брюшной полости.

Тема 17. ИТ в неотложной терапии.

Тема 18. ИТ при заболеваниях и травмах органов грудной полости и сердечно-сосудистой патологии.

Тема 19. ИТ в ЛОР, ЧЛХ, урологии.

Тема 20. Патофизиология угасания и восстановления жизненно важных функций организма.

Тема 21. Основы общей токсикологии. Принципы детоксикационной терапии.

Тема 1. Лабораторная диагностика в ИТ.

Тема 22. Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Тема 23. Ит критических синдромов. Респираторная терапия. Продленная и длительная ивл. Показания, методика, режимы. Синхронизация с респиратором. Транспортная ивл. Мониторинг при ивл.

Тема 24. Антибактериальная терапия в интенсивной терапии, ит сепсиса и септического шока.

Тема 25. Принципы управления, коррекции и замещения жизненно важных функций организма.

Тема 26. Рит при диабетических комах.

Тема 27. Аллергия и анафилаксия.

Тема 28. Метаболическая поддержка критических синдромов.

Тема 29. Рит при инфекционных заболеваниях (грипп, COVID-19).

Тема 30. Интенсивная терапия бронхиальной астмы и астматического статуса.

Тема 31. Острая недостаточность кровообращения, вызванная дефицитом оцк. Гиповолемический и геморрагический шок.

Тема 32. РиТ тяжёлых сочетанных травм. Травматический шок. Понятие о травматической болезни.

Тема 33. Рит при остром коронарном синдроме. РиТ при нарушениях ритма и проводимости.

Тема 34. Сосудистая патология цнс.

Тема 35. Основы ЛЭМ, сортировка, триаж.

Тема 36. Транспортировка, оценка транспортабельности, ИТ и мониторинг во время транспортировки.

11. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«ОСНОВЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Контрольные задания для проведения итогового контроля:

1. Наука. Признаки, специфические черты науки.
2. Методология. Критерии научности знания.
3. Научное познание. Принципы научного познания.
4. Культура и мастерство исследователя.
5. Особенности индивидуальной и коллективной научной деятельности.
6. Понятие научного факта. Научный факт в научном исследовании.
7. Методологический аппарат исследования (актуальность, тема, проблема научного исследования).
8. Научная этика. Основные принципы научной этики.
9. Исторический и логический методы научного исследования.
10. Методология как система знаний и как деятельность.
11. Гипотеза и защищаемые положения научного исследования.
12. Понятийный аппарат научного исследования.
13. Структура процесса изложения результатов исследования.
14. Фаза проектирования научного исследования (стадии, этапы).
15. Технологическая фаза научного исследования (стадии, этапы).
16. Стадия конструирования и технологической подготовки научного исследования.
17. Устное представление научной информации (виды, формы, правила, подготовка).
18. Стадия оформления результатов исследования (этапы апробации и оформления результатов).
19. Критерии оценки достоверности результатов теоретического исследования (основные признаки).
20. Критерии оценки достоверности результатов эмпирического исследования (основные признаки).

21. Стадия проведения исследования (теоретические и эмпирический этапы).
22. Гипотеза и ее роль в научном познании.
23. Информационное обеспечение научных исследований (классификация источников, поиск и отбор информации, работа с источниками, схема формирования записей).
24. Рефлексивная фаза научного исследования (самооценка, научная рефлексия).
25. Роль эксперимента в научном познании (цель, виды, методика проведения, структура).
26. Оформление результатов научного исследования.
27. Изложение результатов аналитической и исследовательской работы.
28. Теоретические методы исследования.
29. Определение понятия «исследование». Приведите примеры общенаучных методов исследования.
30. Рандомизация: определение, основная цель, способы в современных РКИ.
31. Методы теоретических и эмпирических исследований.
32. Виды и этапы научных исследований.
33. Графическая обработка результатов.
34. Оценка экономической эффективности научной работы
35. Принципы формирования объекта и предмета исследования в научной работе.
36. Характеристика и содержание этапов исследования.
37. Патентные исследования.

Тестовые задания:

1. Научное исследование

- а) процесс изучения, эксперимента, концептуализации и проверки теории, связанный с получением научных знаний.
- б) организация экспериментальной деятельности в рамках педагогического процесса;
- в) анализ и обобщение педагогической теории и практики.

2. Критериями качества научного исследования являются:

- а) актуальность;
- б) новизна;
- в) количество применяемых методов в рамках исследования;
- г) теоретическая и практическая значимость;
- д) уровни апробации исследования.

3. Объект исследования это:

- а) та часть объективной реальности, практики или научного знания (если исследование теоретическое), с которой исследователь имеет дело.
- б) тот аспект, та точка зрения, с которой исследователь познает целостный объект, выделяя при этом главные, наиболее существенные (с точки зрения исследователя) признаки объекта.

4. Предмет исследования это:

- а) конкретная часть объекта, которая будет подробно изучаться в процессе исследования;
- б) какое-либо практическое или теоретическое отношение, содержащее в себе противоречие.

5. Теоретическая значимость исследования это:

- а) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;
- б) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и Т.д.)
- в) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий.

6. Научная новизна

- а) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и Т.д.)

б) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;

в) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий.

7. Практическая значимость

а) выявленные в исследовании новые связи, зависимости, подходы, методики изменяют (углубляют, расширяют, доказывают несостоятельность определенных положений) бытующие в науке и практике теории, концепции, подходы;

б) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий;

в) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и т.д.).

8. Гипотеза это:

а) сформулированное противоречие между состоянием действительности и ее теоретическим представлением;

б) впервые установленные закономерности, выявленные, полученные оригинальные данные, дано объяснение процессов или понятий;

в) положение, выдвигаемое в качестве предварительного, условного объяснения некоторого явления или группы явлений; предположение о существовании некоторого явления.

9. Проблема исследования

а) сформулированное противоречие между состоянием действительности и ее теоретическим представлением;

б) положение, выдвигаемое в качестве предварительного, условного объяснения некоторого явления или группы явлений; предположение о существовании некоторого явления.

10. Апробация исследования:

а) с какими результатами, где были применены рекомендации, вытекающие из исследования, какие разработаны и распространены внедренческие материалы (пособия, рекомендации, программы, методики, технологии и Т.д.)

б) критическая оценка со стороны научного сообщества научных исследований соискателя.

11. Наука-это:

1) определенная проекция на мир, высвечивающая области, представляющие интерес для ученых в данный момент;

2) совокупность знаний и деятельность по производству этих знаний;

3) сфера человеческой деятельности, которая организует построение знания в конкретных науках.

12. Что НЕ является средством научного познания:

материальные (приборы);

1) математические;

2) практические;

3) логические;

13. Что из перечисленного НЕ относится к эмпирическим методам исследования:

1) наблюдение;

2) измерение;

3) конкретизация;

4) опрос;

5) тестирование;

14. Что из перечисленного НЕ относится к теоретическим методам исследования:

1) выявление и разрешение противоречий;

2) постановка проблемы;

3) опрос;

4) построение гипотезы;

5) сравнение

15. Индекс цитирования - это:

- 1) принятая в научном мире мера «значимости» трудов какого-либо ученого;
- 2) международное признание и публикационная активность ученых, научных работников;

16. Импакт-фактор научного журнала:

- 1) формальный численный показатель важности научного журнала.
- 2) наукометрический показатель, альтернатива индекса цитирования.

17. Индекс Хирша:

- 1) международное признание и публикационная активность ученых, научных работников;
- 2) наукометрический показатель, альтернатива индекса цитирования.

18. Что не относится к принципам научной этики:

- 1) Объективность.
- 2) Честность.
- 3) Непротиворечив.
- 4) Терпимость.
- 5) Сомнение в достоверности.

19. Научное познание это:

- 1) вид познавательной деятельности, направленный на выработку новых, систематизированных, объективных знаний;
- 2) критическая оценка со стороны научного сообщества результатов научных исследований.

20. Принцип детерминизма в научном познании заключается в следующем:

- 1) наличие разнообразных объективно существующих форм взаимосвязи явлений;
- 2) теории, справедливость которых экспериментально установлена для той или иной области явлений, с появлением новых, более общих теорий не отбрасываются как нечто ложное;
- 3) воспроизведение целостности явления требует применения в познании взаимоисключающих «дополнительных» классов понятий.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

21.11.24 12:11 (MSK)

Сертификат 056420A9000DB2B8874BDE155105CF60D0