

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Фонд оценочных средств
по дисциплине «Факультетская терапия»

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

1. **Форма промежуточной аттестации:** 7 семестр – зачёт, 8 семестр – экзамен
2. **Вид промежуточной аттестации:**
Зачет: собеседование, экзамен: собеседование.
3. **Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина**

профессиональных (ПК) 8,10

| | |
|---|--|
| Код и наименование профессиональной компетенции | |
| ПК-8 способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами | |
| ПК-10 Готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи | |

4. **Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины**

| Разделы дисциплины | Коды формируемых компетенций | | | |
|--------------------|------------------------------|--------|--|--|
| | ОПК-8 | ОПК-10 | | |
| Семестр 7 | | | | |
| Раздел 1 | + | + | | |
| Раздел 2 | + | + | | |
| Раздел 3 | + | + | | |
| Семестр 8 | | | | |
| Раздел 4 | + | + | | |
| Раздел 5 | + | + | | |
| Раздел 6 | + | + | | |
| Раздел 7 | + | + | | |

5. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

| Наименование индикатора достижения (ИД) компетенции | Виды оценочных материалов | |
|---|--|--------------------------|
| | Текущая аттестация | Промежуточная аттестация |
| ПК 8 | Тесты Ситуационные задачи Устный опрос | собеседование |
| ПК 10 | Тесты Ситуационные задачи Устный опрос | собеседование |

6. Текущий контроль

Вопросы кустному опросу

1. Нарушения проводимости (блокады). Классификация, патогенез. Особенности клинических проявлений. Принципы диагностики.
2. Неотложная помощь при различных нарушениях ритма и проводимости. Показания к хирургическим методам лечения.
3. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Кардиомиопатии. Классификация. Клиника, диагностика и лечение дилатационной кардиомиопатии.
5. Недостаточность митрального клапана. Этиология. Патофизиология гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.
6. Недостаточность аортального клапана. Этиология, особенности гемодинамики, клиническая картина. Диагностика. Прогноз. Лечение. Показания к оперативному лечению.
7. Митральный стеноз. Этиология. Патофизиология гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Осложнения. Показания к хирургическому лечению.
8. Стеноз устья аорты. Этиология. Патофизиология гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.
9. Пролапс митрального клапана. Причины. Гемодинамические нарушения. Диагностика.
10. Общие принципы лечения острой ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика. Диспансеризация.
11. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия" Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н.

ПК-8, ПК-10 (7, 8 семестр) Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов.

1. Систолический шум во 2 межреберье справа, проводящийся на сосуды шеи свойственен:
А) митральной недостаточности
Б) митральному стенозу,
В) аортальной недостаточности,
Г) аортальному стенозу,
Д) сочетанному митральному пороку
2. Тромболитическая терапия показана при:
А) ИМ с подъемом сегмента ST
Б) ИМ без подъема сегмента ST
В) миокардитах
Г) вазоспастической стенокардии
Д) стабильной стенокардии напряжения
3. Зофирлукаст (эреспал) является блокатором рецепторов:
а) гистамина,
б) серотонина,
в) адреналина,
г) лейкотриенов,
д) ацетилхолина.
4. Выберите симптомы, появление которых представляет угрозу жизни больным при приступе бронхиальной астмы:

- А) отхождение «стеклянной» мокроты,
- Б) тахикардия до 120 в минуту на высоте приступа,
- В) дистанционные свистящие хрипы на выдохе,
- Г) ослабление дыхания, тахипноэ, рО₂ менее 60 мм.рт.ст.,
- Д) возбуждение, тремор рук, экстрасистолия.

5. При каком возбудителе пневмонии наиболее часто наблюдается деструкция легких?

- А) пневмококк
- Б) стрептококк
- В) стафилококк
- Г) легионелла.
- Д) микоплазма

6. Какой из элементов мокроты с достоверностью свидетельствует о деструкции ткани легкого?

- А) Кристаллы Шарко - Лейдена
- Б) Лейкоциты
- В) Спирали Куршмана
- Г) Эластические волокна
- Д) Эритроциты

7. Какие типы камней могут образовываться в желчном пузыре?

- А) холестериновые
- Б) пигментные
- В) смешанные
- Г) известковые
- Д) все вышеперечисленное верно

8. Боли при обострении хронического бескаменного холецистита:

- А) острые, схваткообразные
- Б) тупыми, ноющие, усиливаются после еды
- В) иррадиируют в левую сторону,
- Г) принимают опоясывающий характер
- Д) существенно ухудшают качество жизни больных и превращают его в постельного больного

9. В лечении постхолецистэктомического синдрома применяются все перечисленные препараты, кроме

- А) но-шпы
- Б) мотилиума
- В) омепразол
- Г) метоклопрамида
- Д) платифиллин

10. Хорея Сиденгама относится:

- А) к большим диагностическим критериям ОРЛ
- Б) к малым диагностическим критериям ОРЛ
- В) к диагностическим критериям миокардита
- Г) к диагностическим критериям митрального стеноза
- Д) к диагностическим критериям АГ

Эталоны ответов.

1. Г

2. А
3. А
4. Г
5. В
6. Г
7. Д
8. Б
9. В
10. А

ПК-8, ПК-10 (7,8 семестры) **Ситуационные задачи**

Ситуационная задача 1

Больной Ю. 54 лет. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лёг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения. Объективно: состояние удовлетворительное. 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 звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 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. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.

4. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

Ситуационная задача 2

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приёма Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранились тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, a VL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Вопросы: 1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? 5. Укажите противопоказания к проведению тромболитика.

Ситуационная задача 3

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжёлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены. Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы: 1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Проведите дифференциальный диагноз. 5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

Ситуационная задача 4

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$ в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет. Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области

отрицательный. Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор. Стандарт специализированной медицинской помощи больным пневмонией среднетяжелого течения от 29.12.2012 №1658н5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

Ситуационная задача 5

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приёмом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отёков нет. ЧДД - 18 в минуту, лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде. Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Проведите обоснование клинического диагноза. 3. Назовите основные факторы риска атеросклероза. 4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение. 5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

Эталон ответа к задаче 1:

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Неосложнённый гипертонический криз. Ожирение 1 степени. Курение - 30 пачко-лет.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней – гипертрофия левого желудочка сердца по данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени. Неосложнённый гипертонический криз - быстрое повышения АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней. Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ. Курение по данным

3. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса – для определения атеросклеротического поражения артерий. Лабораторные исследования: общий анализ крови – оценка общего статуса; общий анализ мочи – оценка поражения почек; креатинин крови для расчёта скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек; глюкоза крови натощак – исключить СД; липидограмма – определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ – оценка поражения почек. Инструментальное исследование: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отёк соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) – оценка поражения артерий и аорты. При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление.

4. Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболического синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. В настоящее время возможно использование 2 стратегий стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением количества и/или доз лекарственного средства при необходимости. Монотерапия на старте лечения может быть выбрана для пациентов с низким или средним риском. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначают больным с высоким или очень высоким риском ССО. Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата; переход на комбинированную терапию целесообразен только в случае отсутствия эффекта последней. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия. Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Преимущество низкодозовой монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства больной не будет принимать ещё один препарат. Однако стратегия монотерапии требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства с частой сменой лекарств и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе, и в конечном итоге ведёт к снижению приверженности пациентов к лечению. Это особенно актуально для больных АГ 1 и 2 степени, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению. При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению. Недостатком комбинированной терапии является то, что иногда больным

приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Пациентам с АД \geq 160/100 мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15–20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более

Эталон ответа к задаче 2:

1. ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой; данных анамнеза: после приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились; данных клинико-лабораторного исследования: на снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T.
3. Клинический анализ крови; биохимические маркеры некроза миокарда; ЭХОКГ; КАГ.
4. Тромболизис; ЧКВ (БАП и стентирование); обезболивание; антиагреганты; антикоагулянты; β -адреноблокаторы; статины.
5. Геморрагические высыпания; аневризма; приём ПОАГ; беременность; новообразования

Эталон ответа к задаче 3:

1. Бронхиальная астма, среднетяжёлое недостаточно контролируемое течение. ДН0.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб больной на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди; анамнеза жизни (приступы повторяются после физической нагрузки и во время простудных заболеваний; приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки)); данных объективного исследования (в лёгких перкуторно-коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе); данных лабораторных методов (в мокроте: эозинофилы - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 5-6 в поле зрения); данных инструментальных методов исследования (повышена прозрачность лёгочных полей, усиленный лёгочный рисунок, увеличены корни лёгких).
3. Исследование функции внешнего дыхания: спирометрия (определение объёма форсированного выдоха за 1 секунду - ОФВ1 и форсированной жизненной ёмкости лёгких - ФЖЕЛ). Тест с бронхолитиком (тест на обратимость бронхообструкции). Аллергологическое обследование (кожные пробы, определение специфических IgE в сыворотке крови, ингаляционные провокационные тесты с аллергенами). Рентгенография грудной клетки (для исключения альтернативного диагноза).
4. Для хронической обструктивной болезни лёгких характерно длительное предшествующее курение или наличие других факторов риска, медленное нарастание респираторных симптомов, постоянное или интермиттирующее покашливание днём, прогрессирующая одышка, наличие необратимой бронхиальной обструкции, редко присутствует эозинофилия мокроты. Начинается в среднем возрасте.
5. Диета: стол №15. Ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с длительно действующими бета2-агонистами. Альтернатива: ингаляционные глюкокортикостероиды в средних или высоких дозах или ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с антилейкотриеновыми рецепторами.

Ингаляционные β -2 –агонисты быстрого действия при потребности или комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах в сочетании с Формотеролом.

Эталон ответа к задаче 4:

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, лёгкое течение. Дыхательная недостаточность (ДН) 0 ст.

2. Диагноз «внебольничная пневмония» установлен на основании жалоб больного на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой, перенесённую накануне ОРВИ; выявленных на приёме у врача при аускультации локальных влажных крепитирующих хрипов в нижней доле правого лёгкого и инфильтративных теней при рентгенографии органов грудной клетки в 9-10 сегментах правого лёгкого, что является наиболее типичной локализацией при пневмонии. Лёгкое течение пневмонии установлено на основании умеренного повышения температуры тела до 37,6°C в течение 5 дней, отсутствия тахикардии, АД в норме, вовлечения двух сегментов лёгких с одной стороны. Интоксикации нет, осложнений нет. Дыхательная недостаточность 0 степени установлена на основании отсутствия одышки (ЧСС - 22 в минуту).

3. Пациенту рекомендованы общий анализ крови и общий анализ мокроты, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, печёночные ферменты, электролиты) с целью оценки тяжести пневмонии и решения вопроса о целесообразности госпитализации больного; бактериоскопия мазка мокроты с окраской по Граму для предварительной оценки возбудителя заболевания.

4. Полусинтетические пенициллины или современные макролиды. Возбудителем внебольничной пневмонии в 50% случаев является пневмококк. Выбор обусловлен хорошей чувствительностью пневмококка к препаратам этих групп. Наиболее предпочтительным препаратом является Амоксициллин в таблетках. Возможна начальная терапия Азитромицином в связи с его действием на пневмококк и на атипичную флору.

5. Терапия остаётся без изменений при нормализации температуры и уменьшении хрипов в лёгких. При сохранении температуры следует заменить первоначально назначенный антибиотик на респираторные фторхинолоны (Левифлоксацин или Моксифлоксацин в таблетках), которые действуют на грамотрицательную и атипичную флору. Продолжить назначенную терапию в течение 3-5 дней после стойкой нормализации температуры, в целом не более 10 дней. В случае наличия клинических и/или эпидемиологических данных о микоплазменной или хламидийной этиологии заболевания продолжить терапию до 14 дней. Следующая явка через неделю для оценки состояния и проведения контрольной рентгенографии лёгких. Госпитализация больного при отсутствии положительной динамики или наличии осложнений.

Эталон ответа к задаче 5:

1. ИБС: Стенокардия напряжения III ФК. ХСН I ст. II ФК.

2. Диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения III ФК» поставлен на основании: характера боли – сжимающая, локализации боли – за грудиной, иррадиации – в левое плечо, условий возникновения боли – связь с физической нагрузкой (боли возникают при ходьбе до 500 м, иногда в покое – это характерно для III ФК стенокардии), купирование болей Нитроглицерином – в течение 2-3 минут. Боли в сердце отмечает в течение 5 лет, последние полгода - снижение переносимости физической нагрузки, следовательно, стенокардия стабильная. Диагноз «ХСН I ст. II ФК» поставлен на основании того, что симптомы ХСН (одышка, сердцебиение) появляются при умеренной физической нагрузке; в покое гемодинамика не нарушена.

3. Возраст: мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет или с ранней менопаузой; курение; артериальная гипертензия: АД >140/90 мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов; сахарный диабет II типа: глюкоза крови натощак более 6,0 ммоль/л; абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см; семейная гиперлипидемия по данным анамнеза: Па, Пб, или III тип; хроническое заболевание почек: ХПН со снижением СКФ < 60 мл/мин или гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит.

4. Немедикаментозное лечение ИБС: воздействие на факторы риска - гипохолестериновая диета, прекращение курения, достаточная физическая активность. Фармакотерапия: Нитроглицерин – для купирования приступа стенокардии + 1) препараты, улучшающие качество жизни: антиангинальная терапия: а) препараты первой линии: β-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов; б) препараты второй линии: нитраты пролонгированного действия (Кардикет 20 мг 2 раза в день, Моночинквертард 50 мг 1 раз в день), блокаторы I_f каналов (Кораксан 5 мг 2 раза в день), активаторы калиевых каналов (Никорандил 10-20 мг 3 раза в день), цитопротекторы (Триметазидин 7 мг 2 раза в день), блокаторы медленного натриевого тока (Ранолазин 5000 мг 2 раза в день); 2) препараты, улучшающие прогноз заболевания: антиагреганты (Ацетилсалициловая кислота 75-100 мг в сутки), гиполипидемические препараты (Розувастатин 10 мг 1 раз в день или Аторвастатин 20 мг 1 раз в день), и-АПФ (Периндоприл - 8 мг 1 раз в день).

5. Показания к хирургическому лечению у данного больного имеются. Об этом свидетельствуют данные коронарографии: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%. При одно- и двухсосудистом поражении с нормальной фракцией выброса левого желудочка показаны чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика и стентирование.

7. Промежуточная аттестация

Зачет

ПК-8 ПК-10. Собеседование

Перечень вопросов к промежуточной аттестации

1. Деформирующий остеоартрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностические критерии. Лечение.
2. Ревматоидный артрит. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностические критерии. Лечение.
3. Подагра. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностические критерии. Лечение.
4. Хронические гастриты. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
5. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Осложнения.
6. Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Режим. Диета. Медикаментозные средства и физиотерапевтические методы. Профилактика.
7. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Лабораторно-инструментальные критерии диагноза. Лечение.
8. Функциональные заболевания кишечника. Определение, классификация. Клиника, дифференциальный диагноз с воспалительными заболеваниями кишечника.
9. Язвенный колит. Этиология. Патогенез. Клинические особенности. Диагностические критерии. Осложнения. Лечение.
10. Болезнь Крона. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
11. Гломерулонефриты. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Острый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клинико-диагностические особенности. Исходы. Осложнения.

13. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы диагностики. Исходы. Осложнения.
14. Лечение и профилактика хронического гломерулонефрита.
15. Лечение острого гломерулонефрита, неотложная помощь при ОПН.
16. Хроническая болезнь почек. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Классификация. Лабораторно-инструментальные критерии диагноза.
17. Хроническая почечная недостаточность. Лечение. Показания к применению гемодиализа, перитонеального диализа, пересадки почек. Профилактика.
18. Анемии. Классификация. Клинические критерии. Картина крови и стерильного пунктата.
19. Анемии. Клинические критерии диагноза. Лабораторная диагностика.
20. Железодефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Гематологическая характеристика.
21. Лечение железодефицитной анемии.
22. Острый лейкоз. Клинико-гематологическая характеристика. Осложнения.
23. Острый лимфобластный лейкоз. Клинические критерии диагноза. Гематологическая характеристика. Осложнения.
24. Лечение острых лейкозов. Диспансеризация и реабилитация.
25. Острый миелобластный лейкоз. Клиника. Гематологическая характеристика. Осложнения.
26. Хронический миелолейкоз. Клиника. Гематологическая характеристика. Лечение. Диспансеризация и реабилитация.
27. Хронический лимфолейкоз. Клиника. Гематологическая характеристика. Осложнения. Лечение. Диспансеризация и реабилитация.

Экзамен

ПК-8 ПК-10. Собеседование

Перечень вопросов к промежуточной аттестации

1. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “терапия” Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н.
2. Атеросклероз. Эпидемиология. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Гипертоническая болезнь. Патологические критерии. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения.
4. Общие принципы терапии гипертонической болезни. Классификация антигипертензивных препаратов. Первичная и вторичная профилактика. Диспансеризация.
5. Медикаментозное лечение больных гипертонической болезнью. Дифференцированный подход к подбору антигипертензивной терапии.
6. Гипертонические кризы. Понятие, классификация, неотложная терапия.
7. Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация. Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. ИБС. Факторы риска. Классификация. Профилактика.
9. ИБС. Инструментальные методы диагностики. Нагрузочные пробы.
10. Клинические варианты стенокардии. Характеристика функциональных классов стабильной стенокардии напряжения. Лечение.
11. Нестабильная стенокардия. Классификация клинических форм. Диагностические критерии. Лечение.

12. Острый коронарный синдром. Определение. Этиопатогенез. Диагностика. Общие принципы ведения больных с ОКС.
13. Принципы немедикаментозной и медикаментозной терапии стенокардии.
14. Инфаркт миокарда. Эпидемиология. Патогенез. Клинические формы. Дифференциальная диагностика.
15. Клинические варианты дебюта инфаркта миокарда. Патогенез основных клинических синдромов. ЭКГ-критерии острого инфаркта миокарда.
16. Острый инфаркт миокарда. Лабораторная и инструментальная диагностика.
17. Принципы лечения неосложненного острого инфаркта миокарда.
18. Поздние осложнения инфаркта миокарда. Клиническая симптоматика и методы диагностики.
19. Лечение ранних осложнений инфаркта миокарда (острая левожелудочковая недостаточность, кардиогенный шок).
20. Кардиогенный шок. Классификация. Клиника. Диагностика. Критерии степени тяжести. Оказание неотложной помощи.
21. Классификация нарушений ритма сердца. Особенности клинических проявлений. Принципы диагностики нарушений ритма сердца.
22. Нарушения проводимости (блокады). Классификация, патогенез. Особенности клинических проявлений. Принципы диагностики.
23. Неотложная помощь при различных нарушениях ритма и проводимости. Показания к хирургическим методам лечения.
24. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
25. Кардиомиопатии. Классификация. Клиника, диагностика и лечение дилатационной кардиомиопатии.
26. Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н
27. Недостаточность митрального клапана. Этиология. Патофизиология гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.
28. Недостаточность аортального клапана. Этиология, особенности гемодинамики, клиническая картина. Диагностика. Прогноз. Лечение. Показания к оперативному лечению.
29. Митральный стеноз. Этиология. Патофизиология гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Осложнения. Показания к хирургическому лечению.
30. Стеноз устья аорты. Этиология. Патофизиология гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.
31. Протрузия митрального клапана. Причины. Гемодинамические нарушения. Диагностика.
32. Общие принципы лечения острой ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика. Диспансеризация.
33. Острая ревматическая лихорадка. Диагностические критерии. Варианты клинического течения. Признаки активности процесса.
34. Хроническая сердечная недостаточность. Причины развития. Патогенез. Диагностические критерии. Классификация.
35. Хроническая сердечная недостаточность. Лечение. Профилактика обострений.
36. Стандарт специализированной медицинской помощи при сердечной недостаточности от 24.12.2012 №1554н.
37. Деформирующий остеоартрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностические критерии. Лечение.
38. Ревматоидный артрит. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностические критерии. Лечение.
39. Подагра. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностические критерии. Лечение.

40. Стандарт специализированной медицинской помощи при первичном коксартрозе; ревматоидном артрите, подагре с поражением тазобедренных суставов; остеонекрозе и кистах головки бедренной кости от 20.12.2012 №1132н.
41. Пневмония. Определение. Этиология, патогенез, клинико-морфологическая характеристика пневмоний.
42. Основные клинические синдромы пневмоний, варианты течения (остротекучая, затяжная). Диагностические критерии пневмонии.
43. Принципы антибактериальной терапии пневмоний и выбор антибиотика в зависимости от предполагаемой этиологии пневмонии. Симптоматическая терапия пневмонии.
44. Исходы пневмонии. Критерии выздоровления, прогноз. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. Стандарт специализированной медицинской помощи больным пневмонией среднетяжелого течения от 29.12.2012 №1658н
45. Бронхиальная астма. Определение, этиология и патогенез. Роль эндогенных, экзогенных, профессиональных факторов.
46. Особенности синдрома бронхиальной обструкции при бронхиальной астме (обратимость бронхиальной обструкции). Диагностические критерии бронхиальной астмы (значение исследования функции дыхания).
47. Классификация бронхиальной астмы. Степени тяжести течения, осложнения.
48. Принципы лечения бронхиальной астмы персистирующего течения. Профилактика. «Школа астматика».
49. Обострение (приступ) бронхиальной астмы, определение, диагностика и лечение.
50. Астматический статус. Определение, диагностические критерии и лечение.
51. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение. Этиология, патогенез ХОБЛ. Значение факторов риска.
52. Основные клинические синдромы хронической обструктивной болезни легких.
53. Классификация хронической обструктивной болезни легких. Клиническая картина в зависимости от степени тяжести, группы риска А, В, С, Д.
54. Принципы лечения хронической обструктивной болезни легких стабильного течения. Первичная и вторичная профилактика ХОБЛ.
55. Лечение хронической обструктивной болезни легких в фазе обострения.
56. Хронические гастриты. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
57. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Осложнения.
58. Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Режим. Диета. Медикаментозные средства и физиотерапевтические методы. Профилактика.
59. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Лабораторно-инструментальные критерии диагноза. Лечение.
60. Функциональные заболевания кишечника. Определение, классификация. Клиника, дифференциальный диагноз с воспалительными заболеваниями кишечника.
61. Язвенный колит. Этиология. Патогенез. Клинические особенности. Диагностические критерии. Осложнения. Лечение.
62. Болезнь Крона. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
63. Гломерулонефриты. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
64. Острый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клинико-диагностические особенности. Исходы. Осложнения.
65. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы диагностики. Исходы. Осложнения.
66. Лечение и профилактика хронического гломерулонефрита.
67. Лечение острого гломерулонефрита, неотложная помощь при ОПН.
68. Хроническая болезнь почек. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Классификация. Лабораторно-инструментальные критерии диагноза.

69. Хроническая почечная недостаточность. Лечение. Показания к применению гемодиализа, перитонеального диализа, пересадки почек. Профилактика.
70. Анемии. Классификация. Клинические критерии. Картина крови и стернального пунктата.
71. Анемии. Клинические критерии диагноза. Лабораторная диагностика.
72. Железодефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Гематологическая характеристика.
73. Лечение железодефицитной анемии.
74. Острый лейкоз. Клинико-гематологическая характеристика. Осложнения.
75. Острый лимфобластный лейкоз. Клинические критерии диагноза. Гематологическая характеристика. Осложнения.
76. Лечение острых лейкозов. Диспансеризация и реабилитация.
77. Острый миелобластный лейкоз. Клиника. Гематологическая характеристика. Осложнения.
78. Хронический миелолейкоз. Клиника. Гематологическая характеристика. Лечение. Диспансеризация и реабилитация.
79. Хронический лимфолейкоз. Клиника. Гематологическая характеристика. Осложнения. Лечение. Диспансеризация и реабилитация.

8. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

| Критерии | Уровни сформированности компетенций | | |
|----------|--|---|--|
| | <i>Пороговый</i> | <i>Достаточный</i> | <i>Высокий</i> |
| | Компетенция сформирована. Демонстрируется пороговый, удовлетворительный уровень устойчивого практического навыка | Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности, устойчивого практического навыка | Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности, высокая адаптивность практического навыка |

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

| | | | |
|---|---|---|---|
| Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции | Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции | Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции | Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции |
| Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины | Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне. | Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке | Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне. |

Критерии оценивания при зачёте

| Отметка | Дескрипторы | | |
|------------|--|---|---|
| | прочность знаний | умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы | логичность и последовательность ответа |
| зачтено | прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом | умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры | логичность и последовательность ответа |
| не зачтено | недостаточное знание изучаемой предметной области, неудовлетворительное | слабые навыки анализа явлений, процессов, событий, неумение давать | отсутствие логичности и последовательности ответа |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа | аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны | |
|--|--|---|--|

Критерии оценивания форм контроля:

Собеседования:

| Отметка | Дескрипторы | | |
|---------------------|---|---|---|
| | прочность знаний | умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы | логичность и последовательность ответа |
| отлично | прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа | высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры | высокая логичность и последовательность ответа |
| хорошо | прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе | умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе | логичность и последовательность ответа |
| удовлетворительно | удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа | удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа | удовлетворительная логичность и последовательность ответа |
| неудовлетворительно | слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании | неумение давать аргументированные ответы | отсутствие логичности и последовательности ответа |

| | | | |
|--|--------|--|--|
| | ответа | | |
|--|--------|--|--|

Шкала оценивания тестового контроля:

| процент правильных ответов | Отметки |
|----------------------------|---------------------|
| 91-100 | отлично |
| 81-90 | хорошо |
| 71-80 | удовлетворительно |
| Менее 71 | неудовлетворительно |

Ситуационных задач:

| Отметка | Дескрипторы | | | |
|---------------------|---|--|--|---|
| | понимание проблемы | анализ ситуации | навыки решения ситуации | профессиональное мышление |
| отлично | полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены | высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы | высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации | высокий уровень профессионального мышления |
| хорошо | полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены | способность анализировать ситуацию, делать выводы | способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации | достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе |
| удовлетворительно | частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены | Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы | Удовлетворительные навыки решения ситуации | достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе |
| неудовлетворительно | непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу | Низкая способность анализировать ситуацию | Недостаточные навыки решения ситуации | Отсутствует |

ЧЕК-ЛИСТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ

(чек-лист для второй (комиссионной) пересдачи в случае, если изучение дисциплины завершается зачётом, дифференцированным зачётом, экзаменом)

| № | Экзаменационное мероприятие* | Баллы |
|--|------------------------------|-------|
| 1 | Собеседование | 100 |
| Итого за экзаменационную процедуру максимальное кол-во баллов: | | 100 |

* Указываются конкретные виды, этапы проведения экзаменационной процедуры, баллы за каждый из этапов, из расчета max 100 баллов в целом за экзаменационную процедуру.