

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 30.10.2023 15:43:58
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0c0b9c39c0k2a00b02446

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



Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

Наименование дисциплины: **эндокринология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.53**

Эндокринология

Квалификация (степень) выпускника: **врач эндокринолог**

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

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023 года поступления

Волгоград, 2023

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В.	Зав. кафедрой внутренних болезней ИНМФО	д.м.н./ профессор	Внутренних болезней Института НМФО
2.	Никифорова Е.М.	Доцент кафедры внутренних болезней ИНМФО	к.м.н./ доцент	Внутренних болезней Института НМФО
3.	Барькина И.Н.	Доцент кафедры внутренних болезней ИНМФО	к.м.н./ доцент	Внутренних болезней Института НМФО
4.	Попова Е.А.	Старший преподаватель кафедры	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.53 «Эндокринология» рассмотрен на заседании кафедры протокол № 8 от «29» июня 2023 года

Заведующий кафедрой терапии и эндокринологии ФУВ, д.м.н., профессор


С.В. Недогода

Рецензент: профессор кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России, д.м.н. М.А. Куницина

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «29» 08 2023 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 № 1 от «29» 08 2023 года

Секретарь Ученого совета


/В.Д. Заклякова/

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>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.</p> <p>2.Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</p> <p>3.Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</p> <p>4.Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</p> <p>5.Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</p> <p>6.Гигиеническое воспитание и образование населения.</p> <p>7.Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</p> <p>8.Система обязательного социального страхования в России.</p> <p>9.Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</p> <p>10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</p> <p>11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</p> <p>13. Качество медицинской помощи, основные понятия.</p> <p>14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</p> <p>15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <p>1.Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</p> <p>2.Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</p> <p>3.Особенности изучения общей заболеваемости</p> <p>4.Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</p> <p>5.Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</p> <p>6.Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</p> <p>7.Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</p> <p>8.Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</p> <p>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</p> <p>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</p>
--	---

	<p>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</p> <p>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</p> <p>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</p> <p>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</p>
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ...</p> <p>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;</p> <p>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;</p> <p>в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:</p> <p>а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;</p> <p>б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это:</p> <p>а) заболеваемость по данным обращаемости;</p> <p>б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>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:</p> <p>а) 50–55 %;</p> <p>б) 20–25 %;</p> <p>в) 15–20 %;</p> <p>г) 10–15 %</p> <p>5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:</p> <p>а) исторический;</p> <p>б) статистический;</p> <p>в) экспериментальный;</p>
---	--

- г) экономический;
- д) социологический;
- е) все вышеперечисленные**

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:

- а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;
- б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;**
- в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:

- а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;**
- б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;
- в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;
- г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;
- д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...

- а) государственное социальное страхование;**
- б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;
- в) менеджмент здравоохранения;
- г) экономика здравоохранения

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...

- а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;
- б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;**
- в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации

10. Временная нетрудоспособность – это ...

- а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;
- б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;

	<p>в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме</p> <p>11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:</p> <p>а) до 10 дней; б) до 15 дней; в) до 4 месяцев; г) до 6 месяцев</p> <p>12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...</p> <p>а) оформляется по общим правилам со дня заболевания; б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности; в) не выдается</p> <p>13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:</p> <p>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</p> <p>14. Виды контроля качества медицинской помощи:</p> <p>а) государственный контроль; б) ведомственный контроль; г) внутренний контроль; д) все вышеперечисленное верно</p> <p>15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...</p> <p>а) листок нетрудоспособности; б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний; г) врачебное свидетельство о смерти</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p style="text-align: center;">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Задача № 1. 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. В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-</p>
---	--

	<p>педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752.</p> <p>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. 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. 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. 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 ВолгГМУ: -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	1.Полнота знания учебного материала по теме занятия 2.Знание алгоритма решения 3.Уровень самостоятельного мышления

Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	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.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	1-15	1-15	1-5	1-15	-
ПК	1-15	1-15	1-5	1-15	-

		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
	0	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»
Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
Первый уровень (УК-1) - I готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) - I Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) - I Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления З (УК-2) - I					
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 З (УК-5) - II					
Третий уровень (УК-1) - III	Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза					

<p>готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</p>	<p>Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;</p>					
<p>Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>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</p>					
<p>Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>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</p>					
<p>Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>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</p>					
<p>Первый уровень (УК-3) -1 Готовность к участию в педагогической деятельности по основным</p>	<p>Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 Уметь: работать с теоретическим</p>					

<p>образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p>содержанием учебной дисциплины У(УК-3) -1 Знать: теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) -1</p>					
<p>Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p>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) - II</p>					
<p>Третий уровень (УК-3) - III Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p>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</p>					
<p>Первый уровень (ПК-9)-1 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Владеть: санологическим мышлением Уметь: осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровье сбережения Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>					
<p>Второй уровень (ПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего</p>	<p>Владеть: навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>					

здоровья и здоровья окружающих	<p>Уметь: мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья</p> <p>Знать: техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>					
Третий уровень (ПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>Владеть: навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья</p> <p>Знать: особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей</p>					

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

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

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

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

Отлично (5) Продуктивный уровень	
--	--

**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 Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень	
- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

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

Собеседование

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

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
		текущий контроль				
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное/ групповое)	Проект	Зачёт

УК-1	+	+	-	+	+	+
УК-2	+	+	-	+	+	+
УК-3		+	-	+	+	+
ПК-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

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 (технологии), 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 ВОСПИТАНИКАМИ 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 ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ - _____

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____

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

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

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

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - _____

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

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

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

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

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

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

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

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

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

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9

3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9
5	Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ПК-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 пострадавших направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

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

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

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

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

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

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:
- а. адреномиметическое;
 - б. адренолитическое;
 - в. холиномиметическое;**
 - г. холинолитическое.
21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
 - б. снижение синтеза ацетилхолина;
 - в. инактивация холинэстеразы;
 - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
 - б. снижение синтеза ацетилхолина;
 - в. реактивация холинэстеразы;
 - г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**
23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
 - б. снижение синтеза ацетилхолина;
 - в. реактивация холинэстеразы;
 - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
24. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
 - б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
 - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - г. иммуностимулирующее.
25. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - б. иммунодепрессивное;**
 - в. тормозят перекисное окисление липидов;
 - г. уменьшают проницаемость мембран.
26. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
 - б. активируют перекисное окисление липидов;**
 - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - г. иммуностимулирующее.
27. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - б. иммуностимулирующее;
 - в. тормозят перекисное окисление липидов;
 - г. повышают проницаемость мембран.**
28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:
- а. через кожу и слизистые оболочки;
 - б. ингаляционно;
 - в. через желудочно-кишечный тракт;
 - г. при любом пути поступления.**
29. Реактиватором холинэстеразы является:
- а. атропин;
 - б. метацин;

- в. унитиол;
- г. дипироксим.

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

- 1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
- 3. тяжелой;
- 4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (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 абортивный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. 10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. свыше 80 Гр.**

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

Банк ситуационных клинических задач

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

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

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

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

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

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

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-

под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3x2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

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

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

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

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

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

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

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

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

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

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

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

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

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

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

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа.

Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

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

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

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

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

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

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

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

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 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

-пяти или шести критериям Отлично (5)	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
ПК	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 гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглобинопатия S

- Гемоглинопатия Е
- **Гемоглинопатия М**
- Гемоглинопатия С
- **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**
- Кариез
- **Ангулярный стоматит**
- **Клойнихия (койлонихия)**
- **Снижение умственной и физической трудоспособности**
- Тахикардия
- **Нарушение глотания**
- Гепатомегалия
- **Ахлоргидрия**
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- **Извращение вкуса и запаха**

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

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

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

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

- для аутоиммунной гемолитической анемии

ВОПРОС N 14. При 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 В12-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
- **Гемоглинурия**
- 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 гемоглобинопатиях, обусловленных носительством гемоглобинов 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 дезоксигемоглобина повышено**
- Содержание гемоглобина снижено
- **Содержание гемоглобина в норме**

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:

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

- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- **Снижение выделения железа с мочой**
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

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

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

Банк ситуационных задач

Задача №1 «Патология Гемостаза»

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

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

1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?

2. Патогенез данного заболевания.

3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.

4. Виды тромбоцитопатий.

5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

Задача №2 «Патология Гемостаза»

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

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

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакариоциты 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 IIIA-B степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела 38,8°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 гипэхогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипэхогенные 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. Раневая 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)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

-пяти критериям Отлично (5)	
---------------------------------------	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

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

Заключительный клинический диагноз:

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

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

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

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщу 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 клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

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

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

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей 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 подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

Вопросы

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

Ситуационная задача №4.

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

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

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

Вопросы

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

Ситуационная задача № 5

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38оС. 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 клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-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
	1. Краткость

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	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.)
---	---

**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>	<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 нефрологии. 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.
---	---

	<p>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.</p> <p>22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.</p> <p>23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.</p> <p>24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.</p> <p>25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p> <p>26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.</p> <p>27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.</p> <p>28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.</p> <p>29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.</p> <p>30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.</p> <p>31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.</p> <p>32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.</p> <p>33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.</p> <p>34. Последствия нерационального применения АМП</p> <p>35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.</p> <p>36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.</p> <p>38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.</p> <p>39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.</p> <p>40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.</p>

	<p>41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.</p> <p>42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.</p> <p>45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.</p> <p>46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.</p> <p>47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.</p> <p>48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.</p> <p>49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.</p> <p>50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.</p> <p>51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<p>1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии.</p> <p>2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.</p> <p>3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.</p>
---	---

	<p>4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.</p> <p>5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.</p> <p>6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.</p> <p>7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.</p> <p>8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.</p> <p>9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.</p> <p>10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.</p> <p>11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</p> <p>12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.</p> <p>13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</p> <p>14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</p> <p>15. Дайте определение понятия фармакодинамика.</p> <p>16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</p> <p>17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</p> <p>18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.</p> <p>19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.</p> <p>20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</p> <p>21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</p> <p>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</p> <p>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</p> <p>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>29. 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>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p>

	<p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>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.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.</p> <p>45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.</p> <p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.</p>
--	--

	<p>53. Специфические антитоксические препараты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><i>Б 1.Б.6.1</i> «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>
---	--

- A) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.
- B) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
- C) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
- D) Не требует изучения генотипа больного.

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

- A) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**
- B) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**
- C) Хромосомные aberrации.
- D) Хромосомные транслокации.

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

- A) **CYP2D6.**
- B) CYP3A4
- C) **CYP2C9**
- D) **CYP2C19**

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

- A) Иммуноферментного анализа.
- B) Иммунофлюоресцентного анализа.
- C) **ПЦР.**
- D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.

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

- A) Высокая
- B) Нормальная
- C) **Низкая**

10. Биодоступность ЛС это:

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

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-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;

С) не изменяется.

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

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

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

- А) пенициллины;
- В) тетрациклины;
- С) фторхинолоны;
- Д) макролиды;
- д) правильно В и С.**

22. Агонисты рецепторов это:

- А) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- В) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- С) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- Д) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

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

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

- А) типа А;
- В) типа В;
- С) типа С;**
- Д) типа D;
- Е) типа E

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- А) пожилой возраст;
- В) тяжелое состояние больного;
- С) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
- Д) генетическая предрасположенность;
- Е) все вышеперечисленное**

26. К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:

- А) приводящие к смерти;

	<p>В) требующие госпитализации или ее продления; С) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности); D) приводящие стойкому снижению трудоспособности; Е) все вышеперечисленное верно.</p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u> A) типа А; В) типа В; С) типа С; D) типа D; E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u> A) комплаенсом; В) фармаконадзором; С) фармакоэпидемиологией; D) 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> a) диклофенак; b) индометацин; c) целекоксиб; d) ибупрофен;</p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u> a) аспирин; b) лорноксикам; c) целекоксиб; d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u> A) преднизолон В) метилпреднизолон С) дексаметазон A) Гидрокортизон</p> <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u> A) аспирин; B) нимесулид; C) целекоксиб; D) лорноксикам;</p> <p>33. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u> a) через 2 суток; b) через 5-7 суток; c) через 7-10 суток; d) через 10-14 суток;</p> <p>34. <u>Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:</u> A) преднизон В) бетаметазон</p>

- 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
- E) **Цефоперазон.**
- F) **Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

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

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

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

50. Определить рекомбинантный интерферон:

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

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

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

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.

- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

A) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.

C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.

- D) Растворяют фибриновый тромб.

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

- A) IIa, IXa.**
- B) IIa, IXa.
- C) Xa, IXa.
- D) XIa, XIIa.

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

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) Протамина сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

A) Международное нормализационное отношение (МНО).

B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).

- C) Время свёртывания крови.

- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

A) Растворяют фибриновый тромб.

- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.

C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.

D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

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

- A) ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлoксaцин
- B) линкoмицин
- C) рoвaмицин**
- D) гeнтaмицин
- E) дoксициклин

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

- A) ципрoфлoксaцин
- B) мepoпeнeм**
- C) цeфтpиaкcoн
- D) вaнкoмицин

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

- A) рекомбинантные α/ γ интерфероны
- B) кагоцел
- C) ингавирин**
- D) циклоферон

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

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

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

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

64. При беременности противопоказан:

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

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

- A) Азитромицин**
- B) левомицетин
- C) имипенем
- D) амокициллин-клавунат

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

- A) гипнотический
- B) анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) 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) аминафиллин
- D) верапамил
- C) омепразол
- D) **диазепам**
- E) все ответы правильные

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

- A) **местное**
- B) общее (наркоз)
- C) комбинированное
- D) нейролептоанальгезия

70. Общим обезболиванием является:

- A) вагосимпатическая блокада
- B) спинальная анестезия
- C) стволовая анестезия
- D) **внутривенный наркоз**

71. При общем обезболивании происходит:

- A) **обратимое торможение нервной ЦНС**
- B) необратимое торможение ЦНС
- C) блокада основного нервного ствола
- D) возбуждение ЦНС

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

- A) обморок
- B) **конtrakтура нижней челюсти**
- C) анафилактический шок
- D) коллапс

73. Общим осложнением при обезболивании является:

- A) конtrakтура
- B) **коллапс**
- C) некроз
- D) гематома

74. Непосредственным осложнением местной анестезии является:

- A) **обморок**
- B) гематома
- C) конtrakтура
- D) кровотечение
- E) пародонтит

75. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:

- A) внутривенно 1 мл мезатона

	B) внутримышечно 1 мл норадреналин C) внутримышечно метамезон D) внутривенно 1 мл атропина
--	---

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 91 – 100
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100 Отлично (5)	

9.Контрольная работа

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

10. Собеседование

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

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

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК-1		1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
ПК	2	1,25,26	1,2,18	4,11
	7	1 - 75	1-60	1-57
	9	1- 28	1-29, 50-52	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общая часть»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение понятия «гормоны», тропные гормоны гипофиза 2. Характерные патоморфологические изменения островкового аппарата поджелудочной железы при сахарном диабете 1 типа 3. Понятие о нейроэндокринологии, реализующие гормоны (либерины) и ингибирующие гормоны (статины) 4. Наиболее распространенные аденомы гипофиза 5. Гормоны коры надпочечников, биологическое действие глюкокортикоидом и минералокортикоидов 6. Гормоны мозгового вещества надпочечников, физиологическое действие 7. Эндокринная патология, для которой характерно кризовое течение артериальной гипертензии 8. Биологические эффекты С-пептида, проинсулина, инсулина 9. Биологическое влияние тиреоидных гормонов 10. Физиологические эффекты женских половых гормонов 11. Физиологическое действие мужских половых гормонов 12. Эндокринная функция островкового аппарата поджелудочной железы: альфа-, бета- и дельта-клетки
Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частная эндокринология»	<ol style="list-style-type: none"> 13. Метаболические эффекты метформина 14. Оценка функция щитовидной железы, наиболее информативные тесты 15. Характерные особенности первичного гипотиреоза 16. Показатели гликемии, отражающие компенсацию СД 2 типа 17. Назовите характерные признаки акромегалии 18. Препараты выбора для лечения СД 2 типа и ожирения без осложнений 19. Назовите градации ожирения по ИМТ 20. Диагностика первичного гипотиреоза 21. Особенности подострого тиреоидита 22. Классификация секретогенных препаратов для лечения СД 2 типа 23. Классификация «зоба» по ВОЗ. Понятие «эндемический зоб»

	<p>24. Показатели гормонального спектра при типичном течении диффузного токсического зоба</p> <p>25. Первичный гиперпаратиреоз, причины возникновения</p> <p>26. Классификация сахарозаменителей</p> <p>27. Причины развития ятрогенной галактореи</p> <p>28. Техника проведения перорального глюкозо-толерантного теста</p> <p>29. Наиболее распространенные аденомы гипофиза</p> <p>30. Особенности патогенеза СД 2</p> <p>31. Диагностики сахарного диабета</p> <p>32. Особенности лечения пожилых больных с тяжелым гипотиреозом</p> <p>33. Проявления диабетической полинейропатии</p> <p>34. Характерные особенности субклинического тиреотоксикоза и гипотиреоза</p> <p>35. Причины бесплодия у женщин</p> <p>36. Назовите диагностические критерии преддиабета</p> <p>37. Назовите причины бесплодия у мужчин</p> <p>38. Классификация диабетической ретинопатии</p> <p>39. Феохромоцитома, особенности клиники</p> <p>40. МГТ, показания и противопоказания</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Неотложная эндокринология»</p>	<p>41. Назовите состояния, при которых может развиваться острая надпочечниковая недостаточность</p> <p>42. Наиболее часты осложнения струмэктомии</p> <p>43. Классификация острых осложнений сахарного диабета</p> <p>44. Причины развития гипогликемических состояний</p> <p>45. Кетоацидотическая кома, диагностика</p> <p>46. Гиперпаратиреоз, понятие, причины развития</p> <p>47. Гиперосмолярные состояния</p> <p>48. Симптомы тиреотоксического криза</p> <p>49. Гипопаратиреоз, лечение</p> <p>50. Схемы заместительной терапии при обострении ХНН</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общая часть»</p>	<p>1. Перечислите железы смешанной и внутренней секреции</p> <p>2. Особенности строения гипофиза, тропные гормоны гипофиза</p> <p>3. Синтез и физиологическое действие гормона мелатонин</p> <p>4. Биологическое действие пролактина</p> <p>5. Физиологическое действие паратгормона</p> <p>6. Белково-пептидные гормоны, их биологическое действие</p> <p>7. Стероидные гормоны, их физиологическое действие</p> <p>8. Система «обратной связи», понятие, примеры</p> <p>9. Понятие «рилизинг-гормон», место синтеза и биологическое влияние</p> <p>10. Аутокринное и паракринное действие гормонов</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частная эндокринология»</p>	<p>11. Классификация сахарного диабета</p> <p>12. Методы диагностики нарушений углеводного обмена</p> <p>13. Поздние осложнения СД, классификация</p> <p>14. Гестационный сахарный диабет, понятие, диагностика</p> <p>15. Инсулинотерапия сахарного диабета</p> <p>16. Осложнения инсулинотерапии</p> <p>17. Пероральные сахароснижающие препараты</p> <p>18. Инкретиномиметики в лечении сахарного диабета</p> <p>19. Формы и методы самоконтроля сахарного диабета</p> <p>20. Акромегалия: клиника и диагностика</p> <p>21. Методы лечения акромегалии</p> <p>22. Гипофизарный нанизм: этиология, варианты клинического течения</p> <p>23. Соматотропная недостаточность: клиника, диагностика</p> <p>24. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга, диагностика</p> <p>25. Болезнь Иценко-Кушинга, методы лечения</p> <p>26. Классификация синдрома гиперпролактинемии</p> <p>27. Несахарный диабет, диагностические тесты</p>

	<p>28. Особенности ведения женщин во время беременности с пролактиномой</p> <p>29. Классификация заболеваний щитовидной железы</p> <p>30. Гипертиреоз: клиника, диагностика</p> <p>31. Лечение тиреотоксикоза</p> <p>32. Причины гипотиреоза, диагностика</p> <p>33. Заместительная терапия тиреоидными гормонами</p> <p>34. Подострый тиреоидит: особенности клиники и диагностики</p> <p>35. Методы лечения аутоиммунной офтальмопатии</p> <p>36. Особенности функциональной активности щитовидной железы во время беременности</p> <p>37. Гиперпаратиреоз, клинические формы</p> <p>38. Гипопаратиреоз, диагностика, лечение</p> <p>39. Альдостерома: клиника, диагностика</p> <p>40. Феохромоцитома: диагностика, лечение</p> <p>41. Этиологическая классификация синдрома гипокортицизма</p> <p>42. Возрастной андрогенный дефицит: диагностика, лечение</p> <p>43. Синдром гиперандрогении у женщин</p> <p>44. Климактерический синдром: клинические симптомокомплексы</p> <p>45. Показания к менопаузальной гормональной терапии</p> <p>46. Неконтрацептивные эффекты КОКов</p> <p>47. Классификация ожирения</p> <p>48. Немедикаментозные методы лечения ожирения</p> <p>49. Диагностика остеопороза</p> <p>50. Особенности лечения глюкокортикоидного остеопороза</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Неотложная эндокринология»</p>	<p>51. Причины развития диабетического кетоацидоза</p> <p>52. Понятие гипогликемии, ее клинические проявления, диагностика</p> <p>53. Основные этапы лечения гипогликемической комы</p> <p>54. Принципы лечебных мероприятий при диабетическом кетоацидозе</p> <p>55. Клиника и лабораторная диагностика диабетического кетоацидоза</p> <p>56. Причины развития острой надпочечниковой недостаточности</p> <p>57. Основные клинические проявления и лечебная тактика при тиреотоксическом кризе</p> <p>58. Клиника и лечение гипокальциемического криза</p> <p>59. Клиника и основные лечебные мероприятия при синдроме Уотерхауза-Фридериксена</p> <p>60. Гиперпаратиреоидный криз: диагностика, неотложная помощь</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общая часть»</p>	<p>1. Какой из следующих гормонов синтезируется в гипоталамусе и затем транспортируется в гипофиз?</p> <ol style="list-style-type: none"> Окситоцин Мелатонин Пролактин ТТГ <p>2. Эффекторныe гормоны – это гормоны, которые:</p> <ol style="list-style-type: none"> Действуют непосредственно на клетки-мишени фагоцитозом Влияют на синтез и высвобождение других гормонов Влияют на выделение тропных гормонов из гипофиза Оказывают свой эффект на нейроэндокринном уровне <p>3. Какой из следующих гормонов не является по химическому строению белком?</p> <ol style="list-style-type: none"> Альдостерон
--	---

	<p>б. ТТГ в. Пролактин г. Паратгормон</p> <p>4. Химическим посредником действия гормонов является: а. Кальций б. Магний в. Хлор г. Железо</p> <p>5. «Рилизинг-гормоны» секретируются: а. В ядрах гипоталамуса б. В гипофизе в. В эпифизе г. В гипокампе</p> <p>6. Какой из перечисленных гормонов обладает анаболическим действием? а. Инсулин б. Глюкагон в. Адреналин г. Окситоцин</p> <p>7. Причиной несахарного мочеизнурения является недостаток: а. Вазопрессина б. Инсулина в. Глюкагона г. Кортизола</p> <p>8. Какие из перечисленных гормонов обладают выраженной анаболической активностью? а. Андрогены б. Тиреоидные гормоны в. Катехоламины г. Гестагены</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частная эндокринология»</p>	<p>9. Какой из перечисленных симптомов не характерен для клиники гиперпролактинемии? а. Повышение АД б. Лактарея в. Аменорея г. Избыток массы тела</p> <p>10. Назовите распространенный побочный эффект при лечении агонистами дофаминовых рецепторов: а. Падение АД б. Кожная аллергическая реакция в. Диспепсия г. Снижение гликемии</p> <p>11. Показанием для хирургического лечения синдрома гиперпролактинемии не является: а. Повышение уровня пролактина в крови более, чем в 5 раз б. Офтальмологические нарушения (сужение полей зрения) в. Пролактинома с прогрессирующим ростом</p>

- г. Неэффективность консервативных методов терапии при наличии микропролактиномы
12. Повышение продукции глюкокортикоидов не приводит к:
- а. **Похуданию**
 - б. Появлению на коже стрий
 - в. Развитию остеопороза
 - г. Артериальной гипертензии
13. К диагностическим пробам при болезни Иценко-Кушинга не относится:
- а. **Проба с тиреолиберином**
 - б. Проба с церукалом
 - в. "Малая" проба с дексаметазоном
 - г. "Большая" проба с дексаметазоном
14. Что не является показанием для адреналэктомии при болезни Иценко-Кушинга?
- а. **Высокий уровень кортизола в крови**
 - б. Отсутствия эффекта от консервативных методов терапии
 - в. Непереносимость лекарственной терапии
 - г. Аденома надпочечника
15. Для определения стадии активности акромегалии используется
- а. **Тест с инсулиновой гипогликемией**
 - б. Малая дексаметазоновая проба
 - в. Тест с 1-24АКТГ (синактеном)
 - г. ОГТТ (оральный глюкозо-толерантный тест)
16. Рентгенологические проявления акромегалии:
- а. **Изменение лицевого скелета**
 - б. Уменьшение размеров турецкого седла
 - в. Периостальный гиперостоз
 - г. Утолщение мягких тканей стопы
17. Для дифференциальной диагностики центральной и почечной формы несахарного диабета применяется:
- а. **Пробное назначение адиуретина**
 - б. Назначение пробного курса лечения препаратами минералокортикоидов
 - в. Проба с сухоедением
 - г. Проба с дексаметазоном
18. Что не характерно для клиники синдрома Симмондса-Шиена?
- а. **Гипергидроз**
 - б. Брадикардия
 - в. Упорные запоры
 - г. Артериальная гипотония
19. Снижение секреции гонадотропинов у женщин при гипопитуитаризме проявляется:
- а. **Нарушением менструального цикла вплоть до аменореи**
 - б. Повышением либидо
 - в. Гипертрофией наружных половых органов
 - г. Избыточным ростом волос на лобке и в подмышечных впадинах
20. Для синдрома Пархона характерно сочетание:

- а. **Гипонатриемии, гипоосмолярности плазмы и гиперосмолярности мочи**
- б. Гипернатриемии, гиперосмолярности плазмы и гипоосмолярности мочи
- в. Гипокалиемии, гипогликемии и гиперпигментации
- г. Гиперкалиемии, гиповолемии и гипергликемии

21. Симптом Хвостека:

- а. **Сокращение мышц лица при постукивании в месте выхода лицевого нерва**
- б. Появление судорог в кисти через 1-2 мин после сдавливания плеча жгутом
- в. Сокращение круглой мышцы век при поколачивании у наружного края глазницы
- г. Непроизвольное отведение стопы («нога балерины») при постукивании молоточком позади головки малой берцовой кости или сжатии икроножной мышцы в районе ахиллова сухожилия

22. Отличительной чертой псевдогиперпаратиреоза является:

- а. **Нормальный уровень паратгормона в крови**
- б. Нормальный уровень кальция в крови
- в. Повышенный уровень паратгормона в крови
- г. Нормальный уровень фосфора в крови

23. Какой радиофармпрепарат используется для скинтиграфии околощитовидных желез?

- а. **Селен-метионин**
- б. Технетрил
- в. Технеций
- г. ^{131}I

24. Укажите препараты, являющиеся средствами профилактики йоддефицитных состояний:

- а. **Калия йодид 100 и 200 мкг**
- б. Биоактивные пищевые добавки из морской капусты
- в. Антиструмин
- г. Левотироксин натрия

25. Какой из перечисленных синдромов не сопровождается развитием гипотиреоза?

- а. **Морганьи-Стюарта-Мареля**
- б. Шихана
- в. Шмидта
- г. МЭН I

26. Лабораторная находка, характерная для диффузного токсического зоба:

- а. **Высокий титр антител к рецептору ТТГ**
- б. Повышение концентрации ТТГ
- в. Стойкое повышение ТТГ, понижение Т3 и Т4
- г. Снижением концентрации общего и свободного Т3

27. Стартовая доза тиамазола при лечении диффузного токсического зоба:

- а. **30-40 мг**
- б. 10 мг
- в. 5 мг
- г. 2.5 мг

28. Назовите основную причину узлового коллоидного зоба?
- а. **Дефицит йода**
 - б. Аутоиммунные процессы
 - в. Генетические предрасполагающие факторы
 - г. Стрес
29. Целевой уровень ТТГ при проведении супрессивной терапии препаратами тиреоидных гормонов?
- а. **0,1-0,5 мкМЕ/мл**
 - б. 0,5-2,0 мкМЕ/мл
 - в. Менее 4,0 мкМЕ/мл
 - г. Менее 0,1 мкМЕ/мл
30. Клиническая манифестация СД 1 типа развивается:
- а. **После гибели 80-90% массы бета-клеток**
 - б. После гибели 100% массы бета-клеток
 - в. После гибели 40-50% массы бета-клеток
 - г. После гибели 20-30% массы бета-клеток
31. Показанием для лазерокоагуляции сетчатки при диабетической ретинопатии не является:
- а. **Непролиферативная ретинопатия**
 - б. Проллиферативная ДР высокого риска
 - в. Клинически значимый макулярный отек
 - г. Некоторые случаи препролиферативной ДР
32. Какой из перечисленных инсулинов не разрешен к применению у беременных?
- а. **Инсулин Деглюдек**
 - б. Инсулин Новорапид
 - в. Инсулин растворимый человеческий генно-инженерны
 - г. Инсулин Изофан
33. Что из перечисленного не относится к синдрому Сомоджи?
- а. **Феномен "утренней зари"**
 - б. Синдром хронической передозировки инсулина
 - в. Феномен постгипогликемической гипергликемии
 - г. Выброс контринсулярных гормонов на фоне инсулинотерапии, ведущий к значительным перепадам концентрации глюкозы в плазме крови и нестабильному течению диабета
34. Для диабетической фетопатии не характерно:
- а. **Рождение нормально адаптированного функционально зрелого плода**
 - б. Большая масса тела рожденного ребенка
 - в. Множественные пороки развития плода
 - г. Осложнения течения периода новорожденности (частые респираторные нарушения)
35. Назовите ключевой механизм действия глинидов (меглитининов)?
- а. **Стимуляция секреции эндогенного инсулина**
 - б. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина
 - в. Снижение продукции глюкозы печенью, снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани

	<p>г. Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью</p> <p>36. Какой механизм действия не характерен для ингибиторов ДПП-4 (глиптинов)?</p> <p>а. Снижение реабсорбции глюкозы в почках</p> <p>б. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина</p> <p>в. Глюкозозависимое подавление секреции глюкагона</p> <p>г. Снижение глюконеогенеза в печени</p> <p>37. Назовите ключевой механизм действия ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов)?</p> <p>а. Снижение реабсорбции глюкозы в почках</p> <p>б. Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью</p> <p>в. Замедление опорожнения желудка, уменьшение потребления пищи</p> <p>г. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина</p> <p>38. При каком из перечисленных синдромов у мужчин определяются тельца Барра?</p> <p>а. Синдром Клайнфельтера</p> <p>б. Синдром Паскуалини</p> <p>в. Синдром Каллмана</p> <p>г. Синдром Шерешевского-Тернера</p> <p>39. Синдром поликистозных яичников характеризуется:</p> <p>а. Повышенной концентрацией ЛГ</p> <p>б. Повышенной концентрацией ФСГ</p> <p>в. Повышенной концентрацией тиролиберина</p> <p>г. Сниженной концентрацией пролактина</p> <p>40. Какой из перечисленных препаратов применяется для стимуляции овуляции:</p> <p>а. Клостилбегит</p> <p>б. Фемоден</p> <p>в. Дюфастон</p> <p>г. Бусерелин</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Неотложная эндокринология»</p>	<p>41. Для кетоацидотической комы характерно:</p> <p>а. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз</p> <p>б. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация</p> <p>в. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность</p> <p>г. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы</p> <p>42. Причиной гиперосмолярной комы может быть все перечисленное, кроме:</p> <p>а. Передозировка инсулина</p> <p>б. Лихорадка, инфекционные заболевания</p> <p>в. Хирургические вмешательства, травмы</p> <p>г. Рвота, диарея, кровотечение, ожоги и др. состояния, способствующие дегидратации</p> <p>43. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:</p> <p>а. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы</p>

	<ul style="list-style-type: none"> б. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара в. 4-5 таблеток глюкозы г. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ) <p>44. Для снижения уровня циркулирующих тиреоидных гормонов при тиреотоксическом кризе применяется все перечисленное, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Внутривенное введение глюкокортикоидов б. Тиреостатики в высоких дозах в. Препараты йода или лития карбонат при аллергии на йод г. Перитонеальный диализ, плазмаферез <p>45. Для клиники лактацидотической комы не характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Обезвоживание б. Дыхание Куссмауля в. Быстрое развитие в течение нескольких часов г. Артериальная гипотензия, олигурия, коллапс <p>46. Терапию острой надпочечниковой недостаточности начинают:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. С введения гидрокортизона (кортеф) б. С введения флугидрокортизона (кортинефф) в. С введения свежзамороженной плазмы г. С введения глюконата кальция <p>47. Клиническая картина катехоламинового криза характеризуется всем перечисленным, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Гиперемии кожных покровов б. Внезапного начала, часто после воздействия провоцирующих факторов в. Выраженного повышения АД 200-300/100 мм.рт.ст, головной боли, потливости, вплоть до проливного пота, тахикардии г. Развития после криза полиурии <p>48. Препаратом выбора для купирования катехоламинового криза является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Фентоламин б. Анаприлин в. Тиамазол г. Нитропруссид натрия <p>49. Для клиники гипокальциемического криза характерно все перечисленное, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Абдоминального болевого синдрома б. Тетанического (судорожного) синдрома в. Синдрома вегетативной дисфункции г. Синдрома висцеропатии (кальцинаты внутренних органов) <p>50. Для клиники гиперкальциемического криза характерно все перечисленное, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Синдрома висцеропатии (кальцинаты внутренних органов) б. Выраженных нервно-мышечных расстройств в. Острой сердечно-сосудистой недостаточности г. Выраженных нервно-психических расстройств
--	--

Б 1.Б.6.2 Раздел 2
«Частная
эндокринология»

1. Клиническая задача № 1

Мужчина 43 года. Водитель такси, часто работает в ночную смену. Женат, имеет троих детей. Курит. СД 2 типа был диагностирован 2.5 года назад. Анамнез: Диагноз поставлен 2.5 года назад, HbA1c – 7.8%
Стартовая терапия: Метформин 500 мг/сутки с увеличением до 1000 мг/сутки
На фоне лечения HbA1c снизился до 6.3%, ИМТ уменьшился с 31 до 29 кг/м².
ЧЕРЕЗ 2 ГОДА - HbA1c увеличился до 7.1%, доза Метформина увеличена до 2000 мг/сутки. В настоящее время показатели HbA1c 7.4%, ИМТ 31 кг/м².
Диагностирована начальная диабетическая ретинопатия.

1. Есть ли необходимость в изменении терапии?
2. Необходимые дообследования
3. Ваши рекомендации (обоснуйте)

2. Клиническая задача № 2

Мужчина 59 лет. Программист. Женат, есть дочь. HbA1c 7,9, ИМТ 33 кг/м²
Впервые выявленный СД 2 типа
Наследственность: у отца пациента СД 2 типа, два ИМ.
Пациент физически не активен
Объективно: АД 160/90, гипотензивная терапия неэффективна, принимает нерегулярно.

Липидный спектр: ОХ 5.7 ммоль/л, х-ЛПВП 0.9 ммоль/л, х-ЛПНП 4.6 ммоль/л, ТГ 3.8 ммоль/л, СКФ 97 мл/мин

1. Какую терапию мы назначим при текущем уровне HbA1c?
2. Обоснуйте сердечно-сосудистые риски?
3. Ваша тактика при выборе гипотензивной терапии

3. Клиническая задача 3

Женщина 66 лет, пенсионерка, ведет активный образ жизни, есть внуки. Стаж СД2 – 10 лет

Исходно HbA1c 8.7%, ИМТ 34 кг/м². Получает метформин Лонг 1500 на ночь в комбинации с базальным инсулином гларгин 48 Ед

1. Нуждается ли в дополнительных обследованиях?
2. Какие целевые уровни гликемии Вы определите для данной пациентки?
3. Измените ли Вы сахароснижающую терапию?

4. Клиническая задача 4

Пациент 52 лет, предприниматель, СД 2 типа в течение 5 лет. На момент осмотра уровень гликемии натощак 12,6 ммоль/л, гликированного гемоглобина 9,1%, индекс массы тела — 36,2 кг/м². Сахароснижающая терапия не носила у него систематического характера, представляя собой смену одних таблетированных препаратов на другие. В течение последних двух месяцев пациент принимал метформин по 1000 мг 2 раза в сутки. Из особенностей образа жизни следует отметить непредсказуемый график работы, интенсивную двигательную активность 2 раза в неделю (игра в большой теннис). Исходя из того, что пациент нуждался в усилении сахароснижающей терапии, а также с учётом его пожеланий снизить вес и иметь максимально упрощённую схему лечения, была предложена комбинация метформина с препаратом Виктоза, с 0,6 мг п/к 1 раз в сутки в течение первых 7 дней, с последующей титрацией дозы до 1,2 мг/сутки, далее 1,8 мг/сутки. Снижение уровня гликемии натощак до 8,6 ммоль/л было отмечено в течение первой недели, далее через 2 недели до 6,8 ммоль/л и через 8 недель - 5,4 ммоль/л. Показатель HbA1c снизился на 2,4% и составил через 6 месяцев 6,7%, что соответствует целевому уровню. Динамика снижения массы тела за 6-месячный период наблюдения составила 8 кг (118 кг - исходно, через 6 месяцев - 110 кг), что составляет более 5% от исходного веса.

Обсуждение:

1. Тактика ССП правильна ли
2. Вышли рекомендации по питанию
3. Рекомендации по снижению веса (если это необходимо)

5. Клиническая задача 5

Пациентка А., 55 лет. Замужем, имеет двоих детей. Страдает СД 2 типа пять лет, артериальной гипертензией – девять лет, остеопорозом – два года. Вес – 80,6 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 29 кг/м². Профессия – водитель такси. Анамнез: на момент постановки диагноза уровень HbA1c составлял 8,3%. Терапия заболевания включала диету, изменение образа жизни и прием метформина в дозе 1000 мг два раза в день. После шести месяцев терапии уровень HbA1c снизился до 7,2%, масса тела – на 3,5 кг.

В 56 лет пациентка вновь обратилась за медицинской помощью. Уровень HbA1c на момент обращения составлял 7,9%, АД – 146/90 мм рт. ст., несмотря на прием иАПФ и антагонистов Са, СКФ – 76 мл/мин

Обсуждение:

1. Требуется ли пациентке интенсификация терапии.
2. Если требуется, то какова цель (снизить уровень HbA1c, массу тела, АД, исключить эпизоды гипогликемии).
3. Ваши рекомендации по профилактике, питанию и физической активности

6. Клиническая задача 6

Пациентка М., 53 года. Замужем, имеет одного ребенка, работник офиса. Страдает диабетом девять лет. Вес – 82 кг, ИМТ – 33 кг/м².

Анамнез: на момент постановки диагноза СД 2 типа уровень HbA1c 7,9%.

Начальное лечение включало диету и изменение образа жизни. Из-за отсутствия результата был назначен метформин в дозе 1000 мг два раза в день. После года терапии уровень HbA1c снизился до 7,2%, но масса тела осталась неизменной. Уровень экскреции альбумина – 80 мг/сутки. Пациентка прекратила прием метформина из-за диареи. Уровень HbA1c повысился до 10%, масса тела – с 82 до 86 кг. Назначение базально-болюсной инсулинотерапии (общая доза – 90 ЕД) позволило снизить значение HbA1c до 8%, однако масса тела увеличилась до 91 кг. Добавление лираглутида (один раз в день) способствовало снижению показателей HbA1c на 1%, массы тела, но появившаяся на фоне препарата рвота вынудила прекратить его прием, после чего доза инсулина была увеличена до 110 ЕД/сут.

Обсуждение:

1. Тактика ведения пациента – чтобы Вы изменили
2. Есть ли необходимость для дополнительных методов обследования

7. Клиническая задача 7

Пациент И., 76 лет. Женат, имеет пятерых детей. Вес – 60 кг, ИМТ – 23 кг/м². СД 2 типа диагностирован 12 лет назад. Активно занимается спортом. Уже 14 лет на пенсии, до этого работал врачом.

Анамнез: уровень HbA1c – 7,6%. Начальная терапия – диета, метформин в дозе 850 мг два раза в день. В первый год лечения уровень HbA1c снизился до 6,7%. После пяти лет терапии – повысился до 7,6%. Артериальной гипертензии нет, но уже 10 лет страдает мерцательной аритмией. В 71 год пациент перенес инсульт, уровень HbA1c повысился до 8,1%. Добавление пиоглитазона в дозе 30 мг способствовало снижению показателей HbA1c до 7,3%. В 75 лет у больного отмечено увеличение HbA1c до 8,1% при нормальном АД. СКФ – 41 мл/мин/1,73 м², экскреция альбумина – 120 мг/сут. Имела место рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей, связанная с аденомой предстательной железы и остаточной мочой. Пациент отказался от дальнейшего лечения препаратами сульфонилмочевины и инсулина из-за риска развития гипогликемии.

Обсуждение:

1. Для эффективной компенсации СД (снижение HbA1c, массы тела и риска развития гипогликемий без инъекций инсулина) какая наиболее эффективная группа ССП может быть использована
2. Какие препараты можно использовать при снижении

8. Клиническая задача 8

Пациентка 62 лет, пенсионерка, диабет в течение 10 лет, уровень HbA1c 8,2% на фоне комбинированной терапии метформин 3000 мг + гликлазид 90 мг/сут., индекс массы тела — 29,8 кг/м², артериальная гипертония в течение 20 лет, уровень АД - 164/90 мм рт.ст., принимает антигипертензивную терапию 3 препаратами, перенесла инфаркт миокарда, уровень липидов — в

пределах целевых значений на фоне приема антилипидемических препаратов.

Больной были предложены два варианта оптимизации терапии: 1 - добавление инсулина длительного действия на ночь, 2 - добавление к лечению препарата Виктоза.

Обсуждение:

1. По какому пути возможна оптимизация терапии у пациентки
2. Какие факторы влияют на выбор ССТ в данном клиническом случае

9. Клиническая задача 9

Пациент 56 лет, частный предприниматель, диабет в течение 8 лет. В анамнезе - острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) без нарушения речи, с умеренным нарушением моторной функции правой половины тела.

В период реабилитации после ОНМК пациенту была назначена интенсивная инсулинотерапия в течение 6 месяцев, на фоне которой была отмечена прибавка массы тела на 6 кг. В последующем пациент переведён с инсулинотерапии на комбинированную терапию эксенатидом (Баета) и таблетированными сахароснижающими препаратами, однако в связи с развитием непереносимости препарата Баета (тошнота, рвота) была проведена замена этого препарата на ситаглиптин. На момент осмотра пациент принимал сахароснижающую терапию: глимепирид 6 мг/сут., пиоглитазон 30 мг/сут., ситаглиптин 100 мг/сут. Гликированный гемоглобин составлял у него 8,2%, индекс массы тела — 38,6 кг/м². Показатели артериального давления и липидов крови — в пределах целевых значений на фоне приёма двух антигипертензивных препаратов и антилипидемической терапии.

Обсуждение:

1. Что является целью лечения
2. Какие препараты можно рекомендовать для коррекции гликемии у пациента

10. Клиническая задача 10

Пациент К. – служащий 57 лет.

Жалобы: стреляющие и ноющие боли в стопах и голенях, покалывание и жжение в стопах, усиливается в ночное время, периодически судороги в икроножных мышцах. Пациент обратился к неврологу. Данные осмотра невролога: «утиная походка», окружность бедра слева 50 см, справа 51 см, сухость и субатрофия кожи стоп и голеней, в области колен ссадины, подошвенный гиперкератоз, стопы теплые, пульсация сохранена.

Болевая чувствительность сохранена, тактильная снижена на подошвенной поверхности стоп, снижение вибрационной чувствительности (I палец стоп) 5 баллов, мышечно-суставное чувство в норме. Сухожильные рефлексы снижены. Оценка субъективных проявлений: шкала TSS 13.3 баллов, опросник DN4 5 баллов. Из анамнеза: СД 2 типа в течение 7 лет, получает метформин 850 мг - 2 раза в день, наследственность по СД отягощена. При осмотре: масса тела 96 кг, ОТ 127 см, рост 164 см, ИМТ 36 кг/м², ЧСС 108 в минуту, АД 144/90 мм рт. ст. максимально до 160/95 мм рт. ст., гипотензивную терапию не получает. Самоконтроль проводит редко 2-3 раза в месяц. Данные обследования: ГПН 7.8 ммоль/, HbA1c 8.3%, АлАт 52 Ед/л, АсАт 31 Ед/л; липидный спектр: ОХ 7.1 ммоль/, ТГ 1.9 ммоль/л, ЛПВП 1.0 ммоль/л, ЛПНП 5.2 ммоль/л, креатинин 75 мкмоль/л, мочевая кислота 320 ммоль/л, ОАК и ОАМ без особенностей. ЭКГ: синусовый ритм, ГЛЖ.

1. Сформулируйте диагноз
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
3. Как бы Вы изменили медикаментозное лечение
4. Установите целевые значения гликемии, АД и липидов и частоту контроля данных показателей

11. Клиническая задача 11

Пациент 48 лет, женатый мужчина, с жалобами на общую слабость, снижение зрения, увеличение массы тела. СД 2 выявлен 3 года назад, принимает метформин в дозе 2000 г/сутки. С 39 лет перестал регулярно заниматься спортом, стал вести малоподвижный образ жизни и постепенно прибавлять в

массе тела. В последние годы периодически повышается артериальное давление (АД), регулярную гипотензивную терапию не получает. Работа в строительной компании связана с частыми командировками и нерегулярным питанием. Курит (10–12 сигарет в день), алкоголь употребляет умеренно. Отец больного скончался в возрасте 51 года от острого инфаркта миокарда (ОИМ), родной брат перенес операцию шунтирования в возрасте 60 лет, мать и сестра страдают артериальной гипертензией (АГ). Перенесенные заболевания: холецистэктомия (в 45 лет).

Объективно: рост 176 см, масса тела – 96 кг, индекс массы тела – 30,6 кг/м², окружность талии – 98 см. Гиперемия лица; кожные покровы обычной окраски и влажности; периферических отеков нет. Аускультация легких без особенностей. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС 80 уд/мин. АД 160/95 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Пульсация на аа. dorsalis pedis сохранена. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная, диффузно-однородной структуры, клинических признаков нарушения функции щитовидной железы нет.

Данные обследования: ОАК в норме, ОАМ - глюкозурия 7,0 ммоль/л, МАУ - 260 мг/сут, общий белок – 71 г/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 99,5 мкмоль/л, мочевая кислота – 277,2 мкмоль/л, общий билирубин – 10,1 ммоль/л, АСТ – 20 е/л, АЛТ - 16,3 е/л, гликемия – 8,9 ммоль/л, общий холестерин – 5,93 ммоль/л, триглицериды – 1,94 ммоль/л, ЛПНП – 3,94 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л; СКФ – 74 мл/мин, HbA1c – 8,8%.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 80 уд/мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Признаки гипертрофии левого желудочка

ЭхоКГ признаки гипертрофии левого желудочка; полости не расширены, зон гипокинеза не отмечено; фракция выброса – 68%.

Консультация окулиста, заключение: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD). Состояние после ЛФК сетчатки от 2010 г.

Обсуждение:

1. Какого целевого уровня HbA1c необходимо достигнуть у пациента?
2. Какие характеристики ССП следует учесть при выборе терапии?
3. Реально ли предупредить или замедлить развитие у пациента с СД 2 хронических осложнений заболевания?
4. Как целесообразно изменить фармакотерапию пациента с позиции лучшего прогноза?

12. Клиническая задача 12

Больной В., 1957 г.р., наблюдается у эндокринолога с 2002 года. Из анамнеза: перенесенные заболевания - фурункулез, внебольничная пневмония, ГБ 2 стадия, ИБС: политопная желудочковая экстрасистолия, атеросклероз аорты, НЖБП. Наследственность отягощена – у матери СД 2 типа, у отца ИБС.

Сахарным диабетом болен в течение 10 лет. В дебюте СД с гликемией до 14,4 ммоль/л натощак, глюкозурией до 31.1 %. Масса тела 90 кг, рост 164 см, ИМТ 33 кг/м². С момента установления диагноза наблюдался у эндокринолога по месту жительства, получал на фоне диеты монотерапию манинилом 5 мг (2 табл. утром, 1 табл. вечером) в течение года. На фоне терапии гликемия натощак до 6,5 ммоль/л. Обучение в школе диабета не проходил. На фоне приема манинила прибавил в весе на 7 кг (ИМТ 36 кг/м²) за год. К лечению добавлен сиофор по 250 мг 2 раза в день и манинила 3,5 мг 2 раза в день. Через 6 месяцев на фоне нерегулярного приема сахароснижающих препаратов и множественного фурункулеза развился кетоацидоз (ацетон ++), что послужило причиной назначения временной инсулинотерапии ИКД с последующим переводом на глибомет 3 таблетки в сутки. С 2002 г отмечается препролиферативная диабетическая ретинопатия обеих глаз (неоднократно проводилась ЛФК сетчатки). По поводу диабетической нефропатии с этого момента получает курсами раз в 6 мес. Вессел Дуэ Ф, постоянно ингибиторы АПФ (лизиноприл). Через 2 года, учитывая множественные осложнения и ухудшение компенсации сахарного диабета (гликемия натощак 16 ммоль/л) на фоне максимальной дозы глибомета было принято решение назначить инсулин средней

продолжительности действия на ночь (Протафан 10ед). На данной терапии масса тела достигла 100 кг, гликемия 7,5 - 8,0 ммоль/л натощак. Через 1.5 года из-за ухудшения компенсации углеводного обмена глибомет отменен, переведен на инсулинотерапию двухфазным аналогом инсулина Ново-микс по 16 ед 3 раза в день перед основным приемом пищи с постепенным увеличением суточной дозы до 80 ед по уровню гликемии в сочетании с метформином 2 г в сутки. На фоне данной терапии масса тела увеличилась до 120кг, гликированный гемоглобин 7,5%.

Объективно: Рост 164 см, масса тела 120 кг, ИМТ 44 кг/м². Объем талии 134 см. АД 130/80 мм/р.ст. Тоны сердца приглушены, аритмичные, 4 экстрасистолы в минуту. В легких хрипов нет. Печень не увеличена.

Лабораторные данные: гликемия натощак -10,5 ммоль/л, ПППГ - 11,6 - 12,3ммоль/л на дозе инсулина новомикс 85 ед сутки (0,70 ед/кг) в сочетании с метформином 2,5 г в сутки. Гликированный гемоглобин -9,9%. С- пептид - 0,69 нг/мл. Общий анализ мочи: протеинурия – до 0,187 г/л, глюкозурия -23 г/л. Протеинурия в суточной моче – 315 мг/сутки. Биохимический анализ крови: АлАт- 172 ммоль/л, АсАт- 44 ммол/л, мочевины – 9,0ммоль/л, креатинин- 119мкмоль/л, липидограмма: дислипидемия 2А тип (ОХ 5,4 ммоль/л, ЛПНП 3,79 ммоль/л, ТГ 2,0 ммоль/л.). УЗИ внутренних органов признаки жировой инфильтрации печени, липоматоза поджелудочной железы.

По заключению невропатолога: диабетическая сенсомоторная дистальная нейропатия.

По заключению кардиолога: ИБС: нарушение ритма по типу частой желудочковой бигеминии, пароксизмов наджелудочковой тахикардии.

Гипертоническая болезнь 3, риск 4.

Обсуждение:

1. Адекватность сахароснижающей терапии
2. Есть ли необходимость коррекции липидного профиля
3. Ваши рекомендации по питанию, физической активности

13. Клиническая задача 13

На прием обратилась женщина 30 лет.

Пациентку беспокоит то, что она не может забеременеть в течение полугода, не-смотря на регулярную половую жизнь и отсутствие контрацепции. Также женщина отмечает скудные менструации нерегулярного характера, разные по продолжительности. За последний месяц отмечает снижение либидо, чувство сухости и дискомфорта в области влагалища, болезненность молочных желез.

1. Какой из предложенных анализов вы назначите пациентке (анализ калия в су-точной моче, исследования уровня пролактина, определение антифосфолипидных антител, определение уровня гастрина, лабораторном обследовании нет необходимости)?
2. Какой инструментальный метод обследования будет наиболее информативным в данном случае?
3. Какой метод лечения предпочтителен в соответствии с клиническими рекомендациями?

14. Клиническая задача 14

По направлению гинеколога на прием пришла 29-летняя пациентка.

Пациентку беспокоит то, что она не может забеременеть в течение 9 месяцев, несмотря на регулярную половую жизнь и отсутствие контрацепции. Также женщина начала в последний год замечать избыточный рост волос на теле и быстрый набор веса, несмотря на то, что питание она не меняла и продолжает заниматься спортом. Кроме того, пациентка в последний месяц заметила появление размытости бокового зрения. При сборе анамнеза было выяснено, что женщина обследовалась у гинеколога в связи с подозрением на бесплодие. В течение 9 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции беременность не наступала. В последние 5 месяцев наблюдаются перебои в МЦ (длительность цикла увеличилась, цикл стал нерегулярным). За 3-4 месяца набрала около 12 кг без изменений характера питания и с сохранением привычной физической активности, а также появился избыточный рост волос на теле. Пару недель назад заметила небольшие изменения в виде прозрачной

пелены в боковом поле зрения обоих глаз. Когда была за рулём, поняла, что ощущает дискомфорт при контроле за движущимися сбоку автомобилей. Обно: рост 177, вес 87 кг, окружность талии 86 см. Давление 135/90 мм рт. ст. Молочные железы без особенностей. Признаки гирсутизма: повышенный рост волос в области верхней губы, подбородка, грудной клетки, на спине и животе. Щитовидная железа при пальпации без особенностей.

1. Какие пункты следует включить в обследование (сбор анамнеза, выполнение колоноскопии, сцинтиграфия ЩЖ, рентген органов грудной клетки, в обследовании не нуждается)?
2. Какой из предложенных анализов рационально назначить женщине (определение кетоновых тел в моче, исследование уровня пролактина, определение уровня глюкозы)?
3. Какой инструментальный метод обследования будет наиболее информативным в данном случае?

15. Клиническая задача 15

На прием обратилась женщина 30 лет. Пациентку беспокоит то, что она не может забеременеть в течение полугода, несмотря на регулярную половую жизнь и отсутствие контрацепции. Также женщина отмечает скудные менструации нерегулярного характера, разные по продолжительности. За последний месяц отмечает снижение либидо, чувство сухости и дискомфорта в области влагалища, болезненность молочных желез. Результаты обследования: при МРТ головного мозга (гипофиза) была выявлена макропролактинома гипофиза, а также минимальная компрессия зрительного перекреста.

1. Какой метод лечения предпочтителен для лечения макропролактиномы в соответствии с клиническими рекомендациями (консервативный (применение агонистов дофамина), хирургический, лучевая терапия, комбинация вышеперечисленных методов)?
2. Можно ли принимать Достинекс® (оригинальный каберголин), если планируется беременность (проведенные исследования показали, что нельзя принимать достинекс, если планируется беременность, неизвестно, т.к. исследований связи приема каберголина и беременности не проводилось, можно принимать только, если планируется вторая беременность, можно, т.к. исследования доказали безопасность применения Достинекса во время беременности для матери и плода)?

16. Клиническая задача 16

Николай, 31 год страдает от сонливости и нарушения сна. Направлен андрологом с жалобами на увеличение грудных желез и резкий набор веса без объективной причины, снижение полового влечения. Также уже полгода с женой не получается зачать ребёнка, несмотря на регулярную половую жизнь без применения контрацепции.

Анамнез: за последние 3 месяца мужчина набрал около 10 кг. Со слов пациента, образ жизни и питание в этот период не изменялись. Увеличение и лёгкую болезненность грудных желез заметил 1,5 месяца назад. Отмечает, что часто стали беспокоить резкие перепады настроения, проблемы со сном. В течение последних 4 месяцев возникли проблемы с эрекцией, снижение полового влечения. Сданная спермограмма показала нарушение сперматогенеза. Супруга обследована, здорова. Пациент отрицает приём каких-либо лекарств в течение полугода.

Физикальный осмотр: Рост 180 см, вес 92 кг, окружность талии 96 см. Давление 140/80 мм рт. ст. Молочные железы увеличены, диффузно уплотнены, без признаков воспаления. Рост волос на теле по мужскому типу. Щитовидная железа при пальпации без особенностей.

Результаты обследования: у мужчины выявлен уровень общего пролактина 6100 мЕд/л, макропролактин составляет из данной фракции 500 мЕд/л. Феномен макропролактинемии исключен. На МРТ головного мозга (гипофиза) была выявлена микропролактинома гипофиза.

1. Какой метод лечения предпочтителен в соответствии с клиническими рекомендациями?
2. Влияет ли лечение гиперпролактинемии с помощью каберголина на показатели спермограммы (Достинекс никак не влияет на показатели

	<p>спермограммы, Достинекс ухудшает показатели спермограммы, нет данных по влиянию Достинекса на показатели спермограммы, Достинекс способствует нормализации показателей спермограммы у пациентов с пролактиномами)?</p> <p>17. Клиническая задача 17</p> <p>Пациент, 32 лет, в браке 2 года. В течение последнего года обследуется с женой по поводу бесплодия. Самостоятельно обратился к эндокринологу. Жалобы: слабость, периодически головные боли в теменной и лобной области. Анамнез без особенностей. Объективно: ИМТ 29 кг/м², АД 140/88 мм рт ст. В остальном патологии не выявлено. Данные обследования: спермограмма: количество сперматозоидов 21 млн, 19% категории «а» (олиго-астенозооспермия), лейкоспермия отсутствует. Гормональный спектр: ТТГ и Т4 в норме, СССГ 25.8 нмоль, ЛГ 0.7 МЕ/л, ФСГ 4.9 МЕ/л, общий тестостерон 9.38 нмоль/л, пролактин 1620 мМЕ/л БАК: глюкоза 4.8 ммоль/л, ОХ 5.1 ммоль/л, ТГ 1.8 ммоль/л, АЛат 26 ммоль/л, АСат 30 ммоль/л, креатинин 86 мкмоль/л</p> <p>МРТ: структура гипофиза неоднородная, за счет гипоинтенсивного участка в аденогипофизе, размерами 0.2 x 0.3 x 0.3 см, расстояние от верхнего контура гипофиза до хиазмы 0.2 см. Результаты обследования: выявлен уровень общего пролактина 11800 мЕд/л, макропролактин составляет из данной фракции 720 мЕд/л. Феномен макропролактинемии исключен.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 3. Можно ли по имеющимся сведениям предположить причину гиперпролактинемии (макроаденома гипофиза, гиперпролактинома; микроаденома гипофиза, гиперпролактинома; невозможно)? 4. Можем предположить гиперпролактинемии неопухолевого генеза?
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Неотложная эндокринология»</p>	<p>18. Клиническая задача № 18.</p> <p>Больной Т., 16 лет, доставлен в клинику в бессознательном состоянии. Со слов родственников установлено, что страдает сахарным диабетом 1 типа в течение года. Негативно относится к лечению инсулином. За неделю до поступления в клинику прекратил введение инсулина. Состояние больного резко ухудшилось, нарастала жажда, полиурия, слабость, появилась тошнота, многократная рвота. В день госпитализации потерял сознание.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь, мышечный тонус снижен. Тургор глазных яблок понижен. Температура тела 36,0 °С. Глубокое шумное дыхание. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие. Пульс частый, нитевидный, малого наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 120 в мин. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень на 2,0 см выступает из-под края реберной дуги, кишечные шумы ослаблены. Сухожильные рефлексы резко снижены.</p> <p>ОАК: лейкоциты 25,0x10⁹, П 20%, С 78%, лимфоциты 2%.</p> <p>ОАМ: удельный вес 1045, белок 0,6 г/л, сахар 8%, ацетон ++++.</p> <p>БАК: общий белок 78 г/л, мочевины 13,5 ммоль/л, креатинин крови 140,6 мкмоль/л, кетоновые тела 11 ммоль/л, НЭЖК 2,4 ммоль/л, глюкоза крови 48,8 ммоль/л, рН крови 7,02.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз 2. План неотложных мероприятий 3. Какие дополнительные обследования показаны пациенту <p>19 Клиническая задача № 19</p> <p>Больной К., 17 лет. В течение 11 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. 3 дня назад заболел ангиной, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлен в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит».</p> <p>Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы сухие, язык сухой, обложен желтовато-коричневым налетом. Выражена гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 120 в мин, слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст.</p>

Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина.

ОАК: лейкоциты 22.0×10^9 , п/я 18%, с/я 80%, мон. 2%.

Диагностирован острый аппендицит и принято решение больного срочно оперировать.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

20. Клиническая задача № 20

Больной П., 22 года. По поводу диффузного токсического зоба 3 степени была произведена струмэктомия. К вечеру после операции состояние резко ухудшилось, появилось сердцебиение, выраженная слабость, диффузная потливость, тошнота, рвота, температура тела повысилась до $39,4^\circ\text{C}$. Больной возбужден, речь невнятная. Кожа на ощупь горячая, влажная. Наблюдается тремор обеих рук. Дыхание везикулярное. ЧД 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, отчетливые. Пульс малый, 160 в мин, ритмичный. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 4 см, безболезненный.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

21. Клиническая задача № 21

Больная 46 лет, поступила по скорой медицинской помощи в реанимационное отделение. Со слов родственников выяснено, что в последние 2-3 недели состояние прогрессивно ухудшалось, беспокоили отеки, зябкость, слабость, снижение памяти, боль в спине и суставах, осиплость голоса, запоры. Заболевание началось три года назад после перенесенной простуды. Безуспешно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита, а затем анемии. Объективно: рост 170 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы выраженной бледности, с желтушным оттенком, сухие, с шелушением, холодные на ощупь. Определяется плотный отек лица, стоп, голеней и туловища. Температура тела $35,6^\circ\text{C}$. Больная безразличная, голос низкий, осиплый. Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы отрицательные. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости смещены влево от срединно-ключичной линии на 1,5-2 см. Тоны сердца резко ослаблены, пульс 40 уд/мин, ритмичный. АД 140/90 мм рт.ст. Пальпация органов брюшной полости затруднена из-за плотного отека передней брюшной стенки. Сухожильные рефлексы резко снижены.

БАК: общий белок 60 г/л, альбумин 35 г/л, общие липиды 13,5 г/л, холестерин 7,5 ммоль/л, глюкоза крови 3,08 ммоль/л.

ОАМ: белок 0,33 г/л, микроскопия осадка без особенностей.

ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, брадикардия, удлинение интервала P-(2 до 0,22), уплощение зубца T.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

22. Клиническая задача № 22

Больной Б., 42 лет. Поступил в клинику в тяжелом состоянии. Со слов родственников жаловался на прогрессирующую мышечную слабость, головокружение, понижение веса, неукротимую рвоту, понос, сниженный аппетит. В 30 лет перенес туберкулез легких, затем был снят с учета. Объективно: пониженного питания, рост 176 см. Вес 58 кг. Больной резко заторможен. Адинамия. Пигментация кожных покровов, слизистых, ладонных складок и ореол сосков, температура тела $35,9^\circ\text{C}$. Тоны сердца резко приглушены, пульс 66 ударов в мин., слабого наполнения, АД 80/40 мм рт.ст. (лежа). Гликемия 3,0 ммоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

23. Клиническая задача № 23

В приемное отделение доставлена женщина 48 лет с судорожным синдромом. Со слов родственников выяснено, что длительное время занималась физическим трудом на дачном участке. Объективно: больная в сознании, кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мышц лица со спазмом жевательной мускулатуры, «рука акушера», «конская стопа». В области передней поверхности шеи послеоперационный рубец. Дисфагия. Речь невнятная. Дыхание затруднено. Тоны сердца резко приглушены, пульс 88 в минуту, артериальное давление 140/90 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет.

Биохимический анализ крови: кальций 1,1 ммоль/л, фосфор 1,7 ммоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

24. Клиническая задача № 24

Больная П., 30 лет, внезапно потеряла сознание, доставлена в клинику машиной скорой медицинской помощи. Врач выяснил у родных, что больная страдает сахарным диабетом, постоянно вводит себе инсулин.

Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Кожные покровы влажные. АД 125/70 мм рт.ст. Пульс 100 ударов в мин удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Врачом скорой помощи состояние больной было расценено как кетоацидотическая кома. Был введен инсулин короткого действия в дозе 20 ЕД п/к. После этого больная была доставлена в клинику в глубокой коме.

Гликемия 1,1 ммоль/л.

Глюкозурия 2%, pH 6,0; плотность 1034, белок отр., ацетон отр.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

25. Клиническая задача № 25

Больной М., 40 лет поступил в клинику с жалобами на приступы с резким повышением АД сопровождающимися частыми головными болями, на утомляемость, на одышку. Лечится у терапевта по поводу гипертонической болезни. В последнее время приступы участились. Объективно: АД 170/95 мм рт.ст, резкая головная боль, потливость, тахикардия (пульс 98 ударов в мин.), бледность кожных покровов, тошнота, рвота, боли в животе. Конечности холодные, багрово-красный оттенок кожи на кистях, предплечьях, стопах. Кожные покровы влажные. Телосложение астеническое. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно, распределен равномерно. ОАК лейкоцитоз. Гликемия: 8,0 моль/л, ОАМ: сахар отр.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

26. Клиническая задача № 26

В отделение неотложной кардиологии в состоянии чрезмерного возбуждения госпитализирован мужчина 37 лет с жалобами на боли в сердце, одышку, сердцебиение, дрожь в теле, двоение в глазах. Из анамнеза известно, что в последние 2-3 месяца беспокоит беспричинная головная боль, анальгетики малоэффективны. Периодически возникают приступы сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой, сопровождающиеся профузным потоотделением. За это же время отмечает снижение массы тела на 4-5 кг при нормальном аппетите и периодическое повышение температуры тела до 37,1-37,4 °С. Накануне приступа был в гостях, где обильно поел (сыр, красное вино). Семейный анамнез без особенностей. Объективно: кожные покровы бледные, профузное потоотделение, зрачки широко расширены, блеск глаз, тремор рук. Температура тела 37,6 °С. Щитовидная железа не увеличена. Отеков нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается тахикардия 120 в мин, сердечные тоны нормальные, артериальное давление 300/170 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем отклонений не выявлено.

ОАК: лейкоцитоз 14,0x10⁹ г/л, гематокрит 54%, СОЭ 25 мм/ч.

	<p>БАК: гликемия 7,2 ммоль/л, жирные кислоты свободные 1,3 ммоль/л (N 0,30-0,90 ммоль/л), калий - 5,4 ммоль/л (3,4-5,3 ммоль/л), кальций - 2,65 ммоль/л (2,0-2,5 ммоль/л).</p> <p>ЭКГ: определяются глубокие отрицательные зубцы Т в отведениях V1-4 двухфазные зубцы R с первой положительной фазой в отведении V5.</p> <p>1.Поставьте предварительный диагноз 2.Составьте план обследования 3.Укажите основные принципы лечения</p> <p style="text-align: center;">27. Клиническая задача № 27</p> <p>В бессознательном состоянии в реанимационное отделение доставлена женщина 63 лет. Из анамнеза (со слов родственников больной) выяснено, что в последнее время женщину беспокоила сильная жажда, обильное мочеиспускание, тошнота, боли в животе и запоры. Наблюдалась сонливость, нарастающая апатия. За последние 3-4 мес. больная похудела на 5,0 кг. Длительное время больная принимала антациды. Сопутствующие заболевания: МКБ.</p> <p>Объективно: определяются признаки выраженной дегидратации, кожные покровы со следами расчесов. На вопросы отвечает невнятно. Значительный дефицит массы тела. Сухожильные рефлексы снижены. В области левой доли щитовидной железы пальпируется крупный плотный узел до 2,0 см, периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца резко приглушены, пульс нитевидный 90 в мин, артериальное давление 130/90 мм рт.ст. При дальнейшем наблюдении появились судороги, резкая одышка, падение уровня артериального давления до 80/55 мм рт.ст. повышение температуры тела до 38,0 °С, возникла анурия.</p> <p>ОАК: гемоглобин 98 г/л, лейкоцитоз 14,0x10⁹ г/л, гематокрит 39%, СОЭ 25 мм/ч. БАК: мочевины 13,0 ммоль/л, креатинин 200 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 190 Е/л, кальций 3,1 ммоль/л, фосфор 0,4 ммоль/л, калий 3,2 ммоль/л.</p> <p>ЭКГ: синусовая тахикардия, расширение комплекса QRS, инверсия зубца Т во II и III отведениях.</p> <p>1.Поставьте предварительный диагноз 2.Составьте план обследования 3.Укажите основные принципы лечения</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

11. Тест

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

14. 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 «Эндокринология»

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	1-8, 28	6, 10, 14, 17	1-10, 47	1-12
ПК	1	1-3	4, 5, 7, 10,	19, 23, 41, 42, 43	
	2	15, 19, 24, 28	3, 5, 8,	1-12	
	4		7, 9,		
	5	3-8, 9, 12, 13, 15-18, 20-23, 25, 26, 30, 33,	1, 2, 3, 6, 10, 14, 17-27	11-14, 20, 22-24, 26, 27, 29, 30, 32, 34, 36,	14-17, 20-22, 24, 25, 27-31, 33-39, 45-48

	34, 38, 39, 41, 42, 45, 47, 49, 50		37-43, 49, 51, 52, 55-57		
6	10, 11, 14, 24, 27, 29, 31, 32, 35-37, 40, 43, 44, 46, 48	1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17- 27	15-18, 21, 25, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 42, 45, 46, 50, 53, 54, 58-60	13, 18, 26, 32, 40, 49, 50	
8		4, 12,	19, 48		
9		5, 10, 11, 12			
10		3, 6			

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Неврология»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<i>Б 1. В.ОД.2 «Неврология»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Полинейропатии. Особенности диабетической полинейропатии. 2. Классификация нарушений мозгового кровообращения. 2. Геморрагический церебральный инсульт. Факторы риска. 3. Ишемический церебральный инсульт. Клиника заболевания. 4. Субарахноидальное кровоизлияние, этиология. 5. Автономные нейропатии, диагностика 6. Сенсорные нейропатические нарушения при сахарном диабете 7. Вибрационная, тактильная чувствительность, определение 8. Тесты, используемые для диагностики кардиоваскулярной автономно нейропатии 9. Инструментальная диагностика ишемического инсульта 10. Оценка мышечной силы
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<i>Б 1. В.ОД.2 «Неврология»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Миелиновая оболочка нервного волокна определяет <ol style="list-style-type: none"> а) длину аксона и точность проведения б) скорость проведения нервного импульса в) длину аксона г) принадлежность к чувствительным проводникам д) принадлежность к двигательным проводникам 2. Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет <ol style="list-style-type: none"> а) г-сцинтиграфия б) ангиография в) компьютерная томография г) доплеросонография д) реоэнцефалография 3. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются <ol style="list-style-type: none"> а) выраженность общемозговой симптоматики б) гиповолемия в) гиперкоагулопатия г) все перечисленные
--	--

4. При гипертоническом субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять
- а) анальгетики
 - б) антифибринолитики**
 - в) дегидратационные препараты
 - г) спазмолитики
 - д) антигипертензивные средства
5. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают
- а) а-токоферол и рутин
 - б) фибринолизин и калликреин-депо
 - в) эпсилонаминокапроновую кислоту
 - г) гепарин и замороженную плазму**
 - д) все перечисленное
6. Диабетическая полинейропатия развивается в результате
- а) поражения сосудов периферических нервов
 - б) нарушения метаболизма глюкозы
 - в) токсического повреждения миелина периферических нервов
 - г) всего перечисленного**
 - д) верно а) и б).
7. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль все перечисленные факторы, кроме
- а) стеноза магистральных сосудов на шее
 - б) снижения перфузионного давления
 - в) снижения эластичности эритроцитов
 - г) снижения активности свертывающей системы.**
8. При нейропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны
- а) антидепрессанты
 - б) антиконвульсанты
 - в) нестероидные противовоспалительные средства
 - г) симпатолитики
 - д) верно а) и б)**
 - е) ничего из перечисленного
9. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании
- а) покровных костей черепа
 - б) венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка**
 - в) сосудистых сплетений
 - г) отверстий в основании черепа
10. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже
- а) папулезной сыпи
 - б) телеангиэктазий
 - в) «кофейных» пятен**
 - г) витилиго
 - д) розеолезной сыпи
11. Основные принципы реабилитационных мероприятий:
- а) ранее начало
 - б) систематичность и длительность
 - в) комплексность
 - г) поэтапность.
 - д) все перечисленное**
12. Физиотерапевтическое лечение нейропатии включает:
- а) магнитотерапия
 - б) лечение лазером

- в) ультразвуковая терапия
- г) электрофорез);
- д) **все верно**

13. Диабетическая вегетативная кардиопатия характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) постоянной тахикардии
- б) **непостоянной тахикардии**
- в) фиксированного сердечного ритма
- г) ортостатической гипотонии
- д) безболевого инфаркта миокарда

14. К симптомам диабетической мононейропатии относятся все перечисленные, кроме

- а) симметричных болей в конечностях, поясничной области
- б) онемения
- в) зябкости или жжения в ногах, руках
- г) тонических судорог икроножных мышц
- д) **обратимости двигательных расстройств**

15. Для диабетического полиневрита характерно все перечисленное, кроме

- а) асимметричного поражения проксимальных мышц
- б) резко выраженного болевого синдрома
- в) хорошей обратимости двигательных расстройств
- г) **развития остеопороза**

16. Для периферической диабетической нейропатии характерно:

- а) снижения сухожильных рефлексов
- б) снижения силы мышц в кистях и стопах
- в) снижения холодовой, тепловой, болевой и вибрационной чувствительности по типу перчаток и носков
- г) болезненности икроножных мышц при давлении
- д) **все перечисленное**

17. Диабетическая амиотрофия характеризуется:

- а) быстрого развития слабости в мышцах, в основном в проксимальных
- б) похудания мышц
- в) снижения и выпадения рефлексов
- г) отсутствия нарушения чувствительности
- д) **всем перечисленным**

18. Диабетическая нейроартропатия характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) прогрессирующего расстройства
- б) усиления трофических расстройств
- в) усиления болевого синдрома
- г) возникновения остеоартропатии с изъязвлениями
- д) **отсутствия спонтанных переломов**

19. Диабетическая нейропатия включает следующие клинические симптомы

- а) радикулопатия
- б) полинейропатия
- в) амиотрофия
- г) автономная нейропатия
- д) **все верно**

20. Ключевым ферментом полиолового (сорбитолового) пути является

- а) глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа
- б) сорбитолдегидрогеназа
- в) **альдозоредуктаза**
- г) все верно

21. На скорость проведения возбуждения по нервным волокнам влияют следующие факторы:
- а) возраста больных
 - б) наличия микроангиопатии
 - в) длительности диабета
 - г) **все перечисленное**
22. Выделяют следующие типы диабетических амиотрофий конечностей
- а) дистальный (невропатический)
 - б) проксимальный
 - в) ишемико-невропатический
 - г) **все верно**
23. Терапия дистальной полиневропатии включает все перечисленное, кроме
- а) физических методов
 - б) витаминотерапии
 - в) препаратов, влияющих на сосудистую систему
 - г) **анаболических стероидов**
24. Выделяют следующие формы диабетической остеоартропатии, кроме
- а) невропатической
 - б) ишемической
 - в) смешанной
 - г) **кахексической**
25. Градиент скорости распространения возбуждения (СРВ) это
- а) СРВ между проксимальной и дистальной точкой раздражения нерва
 - б) **величина, характеризующая, насколько быстрее нервное возбуждение распространяется по дистальным отделам нерва, чем по проксимальным**
 - в) величина, характеризующая, насколько медленнее нервное возбуждение распространяется по дистальным отделам нерва, чем по проксимальным
26. Проявление постуральной гипотонии может усиливаться после приема следующих препаратов
- а) диуретиков
 - б) инсулина
 - в) **гипотензивных средств**
 - г) нитроглицерина
 - д) все верно
27. Наиболее частый клинический симптом дистальной полинейропатии
- а) парестезии
 - б) тонические судороги в икроножных мышцах
 - в) **болевого синдрома**
 - г) чувство слабости и тяжести в ногах
 - д) одинаково часто встречается все перечисленное
28. При дистальной полинейропатии встречаются следующие виды трофических нарушений, кроме
- а) истончения кожи
 - б) **повышенной влажности кожи**
 - в) трофического поражения ногтей
 - г) трофических язв стоп
 - д) остеоартропатии
29. Оптимальным в профилактике и лечении диабетической полинейропатии является
- а) **назначение трентала по схеме**

- б) назначение препаратов никотиновой кислоты
- в) назначение ангиопротекторов в сочетании с дезагрегантами
- г) **компенсация углеводного обмена**
- д) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

30. Для диабетической энцефалопатии характерно все перечисленное, кроме

- а) неврастении
- б) психоастении
- в) истерии
- г) ослабления памяти
- д) **адекватного поведения**

31. При диабете наиболее часто наблюдаются следующие функциональные нарушения ЦНС, кроме

- а) **шизофрении**
- б) ипохондрии
- в) астенического синдрома
- г) эмоциональной неустойчивости
- д) невротических реакций

32. К инсультам при сахарном диабете предрасполагает все, кроме

- а) артериальной гипертензии
- б) ишемической болезни головного мозга
- в) **отсутствия атеросклероза и сосудистой патологии**
- г) повышенного тромбогенного потенциала крови
- д) нарушения микроциркуляции

33. К центральной диабетической нейропатии относится все нижеперечисленное, кроме

- а) острых нервно-психических нарушений при коммах, ОНМК
- б) неврозоподобных и психопатоподобных состояний
- в) энцефалопатии
- г) миелопатии
- д) **полинейропатии черепных нервов**

34. При синдроме "нарушения клинических проявлений гипогликемии" первым исчезает один из следующих симптомов

- а) головная боль
- б) **чувство голода**
- в) потливость
- г) парестезии
- д) ощущение жара или холода

35. При гипогликемических состояниях могут наблюдаться следующие атипичные неврологические синдромы

- а) психомоторное возбуждение
- б) **все перечисленное**
- в) эйфория
- г) делириозный синдром
- д) гиперкинетические синдромы

36. При дифференциальной диагностике атипичного гипогликемического синдрома и эпилепсии, психоза и др. имеет значение:

- а) на ЭЭГ не выявляется пароксизмальная активность
- б) не бывает petit mal, absence
- в) обычно наблюдается задержка мочи
- г) **все перечисленное**

37. Особенности клиники мозгового кровоизлияния у больных диабетом является:

- а) очень высокой смертности
- б) **выраженная декомпенсация диабетических обменных нарушений**

	<p>в) нередко постепенного развития паренхиматозных кровоизлияний г) все перечисленное</p> <p>38. Причинами повышенной летальности от мозгового инсульта при диабете является:</p> <p>а) ошибки диагностики (вместо инсульта диагностируют диабетическую кому, гипогликемическую кому и т.д.) б) декомпенсация диабетических обменных нарушений в) наличие диабетических сосудистых осложнений г) обширность очагов инфаркта мозга д) все перечисленное</p> <p>39. При поражении спинномозговых нервов наиболее часто наблюдается</p> <p>а) невралгия б) радикулиты, радикулоневриты и плекситы в) мононевриты г) дистальная полинейропатия д) проксимальная амиотрофия</p> <p>40. Диабетическая гастропатия клинически характеризуется всем перечисленным, кроме</p> <p>а) изменения моторики желудка б) снижения секреторной функции желудка в) повышения кислотообразующей функции желудка г) малосимптомного течения гастрита д) малосимптомного течения язвенной болезни желудка</p> <p>41. Диабетическая энтеропатия проявляется всем перечисленным, кроме</p> <p>а) усиления моторики кишечника (поносы) б) снижения моторики кишечника (запоры) в) вздутия живота г) гиперсекреции пищеварительных ферментов д) малосимптомным течением язвенной болезни 12-перстной кишки</p> <p>42. К симптомам скрытой гипогликемии относятся:</p> <p>а) головокружения, утомляемости б) сонливости в течение дня в) тревожного сна г) всего перечисленного</p> <p>43. К нейроглюкопеническим симптомам гипогликемии относятся</p> <p>а) бледность, слабость, тахикардия б) сухость кожи, покраснение лица в) диплопия, нарушение чувствительности, сонливость г) тахикардия, страх д) диабетический рубеоз</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

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

2. 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 «Неврология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
У	1	7, 31, 32, 38		2
П	1	1, 5, 13, 14, 18-20, 22, 24, 30, 33-35, 37, 39-43	1-6, 10	3-5, 9
	2	3, 4, 8-10, 15-17, 21, 23, 26, 28		1, 6
	5	2, 25, 27, 36	7-9	5, 7, 8, 10
	8	11, 12, 29	2, 4	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1. В.ОД.3 «Офтальмология»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скрининг диабетической ретинопатии 2. Диагностика диабетической ретинопатии 3. Факторы риска диабетической ретинопатии 4. Стадии диабетической ретинопатии, перечислите 5. Диагностика диабетической макулопатии 6. Перечислите глазные симптомы при гипертиреозе 7. При какой патологии отмечается сужение полей зрения 8. Основные ангиографические симптомы диабетической макулопатии 9. Диагностика эндокринной офтальмопатии 10. Перечислите симптомы эндокринной офтальмопатии
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1. В.ОД.3 «Офтальмология»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Клиника эндокринной офтальмопатии при различных стадиях заболевания2. Диабетическая ретинопатия, определение, классификация3. Диагностика эндокринной офтальмопатии в зависимости от стадии заболевания4. Терапевтическая тактика при эндокринной офтальмопатии, понятие «пульс-терапия»5. Особенности наблюдения при диабетической ретинопатии во время беременности6. Сужение полей зрения, симптомы, причины7. Диагностика и принципы терапии сужения полей зрения8. Частота офтальмологического осмотра в зависимости от стадии диабетической ретинопатии9. Подходы к терапии при диабетической ретинопатии10. Основные методы лечения диабетической макулопатии
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1. В.ОД.3 «Офтальмология»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Офтальмологические осложнения при первичном альдостеронизме проявляются всем перечисленным, кроме<ol style="list-style-type: none">а) снижения зренияб) слепотыв) кровоизлияния в ретинальную тканьг) отека сетчатки и соска зрительного нервад) экзофтальма2. Патогенез эндокринной офтальмопатии обусловлен всем перечисленным, кроме<ol style="list-style-type: none">а) деривата ТТГ, лишённого тиреостимулирующих свойствб) генетического факторав) иммунного процессаг) образования форбидных (запрещённых) клоновд) функционального состояния щитовидной железы3. При токсическом зобе у здоровых лиц могут наблюдаться все перечисленные глазные симптомы, кроме<ol style="list-style-type: none">а) симптома Крауссаб) симптома Грефев) симптома Мебиусаг) симптома Дельримпля4. Для офтальмопатии I степени характерно все перечисленное, кроме<ol style="list-style-type: none">а) небольшого экзофтальма (16 мм)б) припухлости векв) отсутствия нарушений со стороны конъюнктивыг) нормальной функции глазодвигательных мышцд) диплопии5. Для офтальмопатии II степени характерно все перечисленное, кроме<ol style="list-style-type: none">а) умеренного экзофтальма (18 мм)б) слезоточивостив) ощущения песка в глазахг) нестойкой диплопиид) атрофии зрительного нерва6. Для офтальмопатии III степени характерно все перечисленное, кроме<ol style="list-style-type: none">а) резко выраженного экзофтальма (22-23 мм)б) нарушения смыкания век, кератита
--	--

- в) стойкой диплопии
- г) резко выраженных нарушений экстраокулярных мышц
- д) **нестойкой диплопии**

7. Сколько основных стадий диабетической ретинопатии?

- а) одна
- б) две
- в) **три**
- г) четыре
- д) пять

8. Для непролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерно все, кроме

- а) **потери зрения**
- б) микроаневризм
- в) изменения диаметра вен
- г) точечных и пятнистых кровоизлияний
- д) наличия экссудатов

9. Для препролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерно все, кроме

- а) "хлопковидных пятен", выраженных венозных изменений
- б) микрососудистых изменений сетчатки
- в) **травмы глаза**
- г) отека сетчатки
- д) тромбоза и непроходимости капилляров

10. Для пролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерно все, кроме

- а) **нормального глазного дна**
- б) потери зрения
- в) кровоизлияний в стекловидное тело
- г) отслойки сетчатки

11. Для диабетической ангиопатии сетчатки характерно все, кроме

- а) расширенных вен
- б) извитых вен
- в) микроаневризм
- г) неравномерности калибра вен
- д) **очагов помутнения сетчатки**

12. Для II стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме

- а) кровоизлияния в сетчатку
- б) очагов помутнения сетчатки
- в) **новообразования сосудов**
- г) микроаневризм
- д) извитости сосудов

13. Для III стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме

- а) **отсутствия новообразования сосудов**
- б) отека сетчатки
- в) микроаневризм
- г) кровоизлияний
- д) очагов дегенерации в сетчатке

14. При сахарном диабете часто развиваются перечисленные изменения со стороны глаз:

- а) иритов, иридоциклитов
- б) катаракты
- в) глаукомы
- г) миопии

д) все перечисленное

15. Нарушение зрения при инсулинотерапии может проявляться всем перечисленным, кроме
- а) изменения рефракции, обусловленное изменением кривизны хрусталика
 - б) миопии вследствие накопления в хрусталике сорбита с последующей задержкой жидкости
 - в) кратковременной потери зрения из-за развития гипогликемии
 - г) развития катаракты
 - д) возникновения временной миопии при снижении сахара в крови**
16. Начальный признак диабетической ретинопатии
- а) снижение зрения
 - б) пролиферативные изменения сетчатки
 - в) образование аневризм сосудов сетчатки**
 - г) новообразование сосудов сетчатки
 - д) наличие кровоизлияний
17. Методы лечения наиболее целесообразны при диабетической ретинопатии
- а) лазерофотокоагуляция**
 - б) трентал
 - в) предиад
 - г) доксиум
18. При сахарном диабете 2 типа первый осмотр глазного дна необходимо проводить
- а) не позднее, чем через 2 года после диагностики заболевания
 - б) у всех пациентов - сразу после выявления сахарного диабета 2 типа**
 - в) не позднее, чем через 1 год после диагностики заболевания
 - г) не позднее, чем через 6 месяцев после диагностики СД 2 типа
 - д) у лиц с повышенным АД - сразу после выявления СД 2 типа, у остальных пациентов – не позднее, чем через 2 года после диагностики заболевания
19. Наиболее важным методом диагностики диабетической ретинопатии является:
- а) определение остроты зрения
 - б) исследование полей зрения
 - в) офтальмоскопия при расширенных зрачках**
 - г) измерение внутриглазного давления
20. Диабетическая макулопатия характеризуется:
- а) повышением проницаемости капилляров
 - б) поражением наружного гематоретинального барьера
 - в) микроокклюзия капилляров
 - г) всем перечисленным**
21. Для диабетической макулопатии характерны ангиографические симптомы:
- а) расширение межкапиллярных промежутков
 - б) фокальная экстравазальная флуоресценция из просачивающихся микроаневризм
 - в) расширение капилляров
 - г) большое количество микроаневризм
 - д) все перечисленное**
22. Для диагностики эндокринной офтальмопатии используют:
- а) экзофтальмометрия
 - б) биомикроскопию
 - в) КТ орбиты
 - г) все перечисленное
23. Эндокринная офтальмопатия может сопутствовать
- а) тиреотоксикозу
 - б) гипотиреозу
 - в) аутоиммунному тиреоидиту

	<p>г) эутиреоидному статусу д) всем перечисленным состояниям</p> <p>24. В развитии эндокринной офтальмопатии выделяют следующие фазы а) фазу воспалительной экссудации б) фазу инфильтрации в) фазу пролиферации г) фазу фиброза д) все перечисленные</p> <p>25. К ранним клиническим проявлениям эндокринной офтальмопатии относятся а) преходящие ощущения «песка» и давления в глазах б) слезотечение либо сухость глаз в) светобоязнь г) отечность периорбитальной области д) все перечисленное</p> <p>26. Лечебная тактика при эндокринной офтальмопатии определяется: а) стадией эндокринной офтальмопатии б) степенью нарушения функции щитовидной железы в) обратимостью патологических изменений г) всем перечисленным</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. 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)	

2. Контрольная работа

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

3. Собеседование

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

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

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

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
У	1	14	5	
П	1	1-3, 7-13, 16, 17, 20, 21, 25	1, 4, 6, 7, 9, 10	1, 4, 6, 10
	2	15, 18, 23	8	3, 7
	5	4-6, 19, 22, 24	2, 3	2, 5, 8, 9
	8	26		

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.В.ОД.1 «ТЕРАПИЯ»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Симптоматические артериальные гипертонии. Понятие. Классификация. 2. Схема обследования больных с симптоматическими артериальными гипертониями. 3. Классификация основных антигипертензивных препаратов. 4. Диагностика острого коронарного синдрома. 5. Диагностика хронической сердечной недостаточности. 6. Дифференциальная диагностика при болях в грудной клетке. 7. Классификация дислипидемий. 8. Основные принципы коррекции дислипидемии. 9. Нестабильная стенокардия. Классификация. Клиника. 10. ХОБЛ. Методы диагностики. 11. Бронхиальная астма. Клиническая картина. Методы диагностики 12. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиопатогенез.
---------------------------------	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ОД.1 «ТЕРАПИЯ»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический бронхит и ХОБЛ: этиология, клинические данные, течение, осложнения. Принципы лечения. 2. Пневмонии: этиология, классификация, клинические данные, течение, осложнения, принципы лечения. 3. Бронхиальная астма: этиология, клинические данные, осложнения, принципы лечения. 4. Инфаркт миокарда: этиология, симптоматология, осложнения, принципы лечения. 5. Гипертоническая болезнь: этиология, симптоматология, осложнения, принципы лечения. 6. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: этиология, симптоматология, осложнения, принципы лечения. 7. Лабораторное исследование функции печени. Основные лабораторные синдромы. 8. Неалкогольный стеатогепатит: этиология, патогенез, симптоматология, принципы лечения. 9. Хроническая сердечная недостаточность: причины, классификация, клинические проявления. 10. Хроническая сердечная недостаточность II стадии. Клиника, лечение. Диагностика передозировки сердечными гликозидами, неотложная помощь. 11. Курортное лечение язвенной болезни. Показания и противопоказания для направления на курорты больных язвенной болезнью. 12. Дифференциальная диагностика симптоматических артериальных гипертензий.
---	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ОД.1 «ТЕРАПИЯ»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для: <ol style="list-style-type: none"> а) острого гастрита б) аутоиммунного гастрита в) гранулематозного гастрита г) болезни Менетрие д) хеликобактерной инфекции 2. Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является: <ol style="list-style-type: none"> а) пневмококк б) стрептококк в) стафилококк г) кишечная палочка д) клебсиелла 3. При подозрении на микоплазменную пневмонию в первую очередь следует назначить: <ol style="list-style-type: none"> а) пенициллины б) макролиды в) левомицетин; г) цефалоспорины д) аминогликозиды. 4. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится: <ol style="list-style-type: none"> а) саркоидоз б) муковисцидоз и дефицита1-антитрипсина
---	---

- в) гамартохондрома
- г) туберкулез
- д) рак легкого

5. Самым специфичным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является:

- а) изменения сегмента ST и зубца T
- б) признаки крупноочаговых изменений**

(патологические

зубцы Q или комплексы типа QS)

- в) блокада ветвей пучка Гиса
- г) нарушения ритма сердца
- д) нарушение атриовентрикулярной проводимости

6. При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура:

- а) появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания
- б) появляется, обычно, на второй день заболевания**
- в) появляется на 3-4 день заболевания
- г) появляется на 5-6 день заболевания
- д) появляется в более поздние сроки

7. Для выявления наличия инфаркта миокарда рекомендуют определять маркеры: 1. МВ фракция КФК; 2. общая КФК; 3. сердечные тропонины I и T; 4. ЛДГ.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3**
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

8. Больным с подозрением на острый коронарный синдром без подъема сегмента ST рекомендуют начинать следующее лечение: 1. аспирин; 2. гепарин (НМГ или НФГ); 3. бета-блокаторы; 4. милдронат.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3**
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

9. Особенности ИБС в пожилом возрасте являются: 1. атеросклеротическое поражение нескольких коронарных артерий; 2. множество сопутствующих заболеваний; 3. высокая распространенность атипичной стенокардии; 4. снижение сократительной функции лево-го желудочка.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

10. Основными клиническими симптомами ХСН являются: 1. одышка; 2. быстрая утомляемость; 3. сердцебиение; 4. кашель; 5. ортопноэ.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3**

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

11. Основными средствами в лечении больных ХСН являются: 1. ингибиторы АПФ; 2. бета-адреноблокаторы; 3. диуретики; 4. сердечные гликозиды; 5. антагонисты альдостерона.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

12. Противопоказаниями к назначению бета-блокаторов при ХСН являются: 1. бронхиальная астма; 2. брадикардия менее 50 ударов в мин; 3. гипотония < 85 мм рт. ст.; 4. ТЭЛА.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

13. Назовите классы гипотензивных препаратов: 1. диуретики; 2. блокаторы рецепторов ангиотензина II; 3. антагонисты кальция; 4. ингибиторы АПФ; 5. бета-блокаторы.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

14. Механизмами повышения АД могут быть: 1. повышение общего периферического сосудистого сопротивления; 2. увеличение массы циркулирующей крови; 3. увеличение минутного объема сердца; 4. повышение концентрации ренина плазмы крови.

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

15. При пневмонии поражается: 1. интерстиция легких; 2. дыхательные бронхиолы; 3. альвеолы; 4. крупные бронхи.

а) если правильный ответ 1, 2 и 3

б) если правильный ответ 1 и 3

в) если правильный ответ 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильный ответ 1, 2, 3 и 4

16. Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии наиболее часто бывают:

а) пневмококка

б) стафилококка

в) клебсиеллы

г) хламидии

д) микоплазма

17. Наиболее часто возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является:

- а) пневмококк
- б) микоплазма
- в) клебсиелла**
- г) протей
- д) хламидия

18. Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмофилических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является:

- а) парентеральный
- б) пероральный
- в) ингаляционный**
- г) небулайзерный
- д) ректальный

19. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при:
1. хроническом активном гепатите; 2. активном циррозе печени; 3. инфаркте миокарда; 4. хроническом холестатическом гепатите.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

20. В диагностике холестатического синдрома имеет значение: 1. повышение активности щелочной фосфатазы крови; 2. повышение прямого (связанного) билирубина крови; 3. повышение холестерина; 4. повышение активности ГТП (глутамилтранспептидазы).

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

21. Пептический эзофагит (рефлюкс-эзофагит) возникает вследствие заброса в пищевод: 1. желудочного сока; 2. кишечного содержимого; 3. желчи; 4. трипсина.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3**
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

22. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах эрадикационная терапия первой линии включает в себя: 1. клацид; 2. ингибиторы протонной помпы (контролок, омепразол, эзомепразол); 3. амоксициллин; 4. ранитидин или фамотидин.

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

23. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка относятся: 1. дуоденогастральный рефлюкс; 2. хеликобактер пилори; 3. антральный гастрит; 4. высокая кислотообразующая функция желудка.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

24. Инфекция хеликобактер пилори способствует развитию: 1. язвы пилороантрального отдела желудка; 2. язвы кардиального отдела желудка; 3. язвы луковицы двенадцатиперстной кишки; 4. эрозивного дуоденита.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

25. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:

- а) локализация язвы
- б) величина язвы
- в) отсутствие хронического рецидивирующего течения**
- г) кровотечение
- д) частая пенетрация

26. Язва желудка на фоне четырехнедельного лечения не зарубцевалась, сохраняются боли постоянного характера в эпигастрии, сниженный аппетит, продолжается потеря массы тела. Дальнейшая тактика ведения больного включает:

- а) продолжение прежнего лечения
- б) внесение коррекции в лечение
- в) проведение эндоскопии, с прицельной биопсией и гистологическим исследованием**
- г) постановка вопроса о хирургическом лечении
- д) перерыв в лечении

27. Причиной жировой дистрофии печени может быть: 1. беременность; 2. сахарный диабет; 3. лечение кортикостероидами; 4. голодание.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

28. Из хронических заболеваний печени классическим показанием для иммуносупрессивной терапии является:

- а) вторичный билиарный цирроз
- б) хронический активный гепатит
- в) хронический аутоиммунный гепатит**
- г) новообразования печени
- д) жировой гепатоз

	<p>29. При хроническом активном гепатите с синдромом гиперспленизма прогностически опасным являются:</p> <p>а) снижение содержания эритроцитов б) снижения содержания тромбоцитов до $50-30 \cdot 10^9/\text{л}$ в) лейкопения г) отсутствие эффекта при суточной дозе преднизолона 15-20 мг д) лимфопения</p> <p>30. Какие из перечисленных клинических синдромов свойственны неалкогольному стеатогепатиту?</p> <p>а) отсутствие маркеров вирусной инфекции б) избыточная масса тела в) гиперлипидемия, преимущественно за счет триглицеридов г) отсутствие указаний на злоупотребление алкоголем д) все выше перечисленное</p> <p>31. Морфологическими критериями неалкогольного стеатогепатита являются:</p> <p>а) наличие изолированной жировой дистрофии гепатоцитов б) наличие жировой дистрофии гепатоцитов в сочетании с некрозами и лимфогистиоцитарной инфильтрацией в) все перечисленное</p> <p>32. Наиболее быстрые сроки прогрессирования хронического гепатита В в цирроз/рак печени ассоциированы с:</p> <p>а) мужским полом пациентов б) мутантным (HBe-негативным) штаммом HBV в) злоупотреблением алкоголем г) длительностью заболевания д) со всеми перечисленными факторами</p> <p>33. Индекс фиброза 2 по Desmeth соответствует морфологическим критериям:</p> <p>а) минимальному фиброзу б) отсутствию фиброза в) выраженному фиброзу г) циррозу печени д) умеренному фиброзу</p> <p>34. Какие из перечисленных морфологических признаков определяют неспецифический индекс гистологической активности гепатита по Knodell-Ischak?</p> <p>а) лимфогистиоцитарная инфильтрация паренхимы б) наличие некрозов в) активация сателлитных клеток печени г) все вышеперечисленное д) ничего из вышеперечисленного</p>
--	---

1. Тест

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

-91-100 Отлично (5)	
-------------------------------	--

2. 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.)

3. 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 «Терапия»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование		КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты		Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	24, 28, 32		1
	1	3, 6, 8, 9, 10-13, 18, 22, 27, 30	1-6, 8-10	3, 6-9, 12
ПК	2	2, 4, 14—17, 21, 23, 31		
	5	1, 5, 7, 19, 20, 25, 26, 29, 33, 34	7, 12	2, 4-6, 10, 11
	8		11	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><i>Б 1. В.ДВ.1.2.</i> <i>«Лучевая диагностика»</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. К таким опухолям относятся аденома гипофиза, краниофарингиома, опухоль зрительного нерва.2. Расстройства зрения и другие неврологические нарушения при больших размерах аденомы гипофиза3. Аденокарцинома гипофиза, особенности МРТ-признаков4. Рентгенографические признаки аденомы гипофиза5. Назовите методы лучевой диагностики щитовидной железы6. По какой формуле рассчитывается объем ЩЖ при проведении УЗИ7. Классификация лучевых признаков заболеваний щитовидной железы8. Особенности УЗ-картины узлового эндемического зоба9. Йод-накопительная функция при эндемическом зобе10. УЗИ-признаки острого гнойного тиреоидита
---	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><i>Б 1. В.ДВ.1.2.</i> <i>«Лучевая диагностика»</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Характерные диагностические признаки при подостром тиреоидите (УЗИ, сцинтиграфия, йоднакопительная функция)2. Характерные диагностические признаки при хроническом аутоиммунном тиреоидите (УЗИ, сцинтиграфия, йоднакопительная функция)3. Характерные диагностические признаки при болезни Грейвса (УЗИ, сцинтиграфия, йоднакопительная функция)4. УЗИ-признаки опухолей щитовидной железы5. Для диагностики какой патологии проводится суперселективная ангиография поджелудочной железы6. Какой РФП используется для проведения сцинтиграфии надпочечников7. Для какой патологии надпочечников используется супрареносцинтиграфия с ¹³¹I-холестеролом8. Особенности диагностики аденомы гипофиза с супра- и параселлярным компонентом и инфильтративным ростом9. Диагностические признаки доброкачественных и злокачественных опухолей надпочечников при проведении МРТ с контрастированием10. Рентгенологические признаки изменений турецкого седла при объемном образовании гипофиза
---	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><i>Б 1. В.ДВ.1.2.</i> <i>«Лучевая диагностика»</i></p>	<ol style="list-style-type: none">1. Наиболее информативными методами визуализации околощитовидных желез с применением радиофармпрепарата селен-метионина являются<ol style="list-style-type: none">а) УЗИ (эхография)б) термографияв) сцинтиграфияг) ангиографияд) лимфография2. Рентгенодиагностика при болезни Иценко - Кушинга выявляет все перечисленное, кроме<ol style="list-style-type: none">а) остеопороза спинки турецкого седлаб) остеопороза тел позвонковв) гиперплазии обоих надпочечниковг) увеличения одного надпочечника при отсутствии другогод) внутричерепной гипертензии
---	---

3. Данные рентгенологических исследований черепа при наличии макросоматотропиномы характеризуются:
- а) увеличением размеров турецкого седла
 - б) двуконтурностью седла
 - в) остеопорозом стенок турецкого седла
 - г) повышением внутричерепной гипертензии
 - д) **всем перечисленным**
4. Внутричерепные нарушения, вызывающие галакторею, могут быть обусловлены всем перечисленным, кроме
- а) **спазма сосудов головного мозга**
 - б) опухоли гипофиза
 - в) опухоли головного мозга, вызывающей нарушения гипоталамуса
 - г) церебральных травм
 - д) нейроинфекции
5. При наличии аденомы гипофиза могут возникнуть следующие осложнения:
- а) битемпоральной гемианопсии
 - б) **все перечисленное**
 - в) гипопитуитаризма
 - г) сдавления опухолью жизненно важных центров головного мозга
 - д) острого кровоизлияния в опухоль
6. Наиболее информативным рентгенологическим методом диагностики первичного альдостеронизма является
- а) пневмосупраренография
 - б) ангиография надпочечников
 - в) **селективная венография надпочечников в сочетании с определением альдостерона в крови, взятой из надпочечниковой вены**
 - г) сканирование надпочечников
 - д) ядерно-магнитный резонанс
7. Данные рентгенологических, радиоизотопных и ультразвуковых методов исследования при андростероме выявляют
- а) увеличение обоих надпочечников в размерах
 - б) увеличение в размерах одного надпочечника
 - в) аденоматоз надпочечников
 - г) **округлую тень в области надпочечника**
8. Наиболее часто осложнения при эстроме развиваются в случае следующего метода исследования надпочечников
- а) УЗИ
 - б) фотосцинтиграфия
 - в) радиоизотопная диагностика
 - г) пневмосупраренография
 - д) **селективная венография надпочечников**
9. Диагноз смешанных опухолей коры надпочечников устанавливают на основании:
- а) данных анамнеза
 - б) характерной клинической картины
 - в) данных гормонального исследования
 - г) рентгено- и радиоизотопной диагностики
 - д) **всего перечисленного**
10. В диагностике первичной недостаточности коры надпочечников имеет большое значение:
- а) УЗИ надпочечников
 - б) компьютерной томографии
 - в) данных ЭКГ
 - г) лабораторных данных и диагностических проб
 - д) **все перечисленное**

11. Для топической диагностики феохромоцитомы используют следующие методы исследования:

- а) внутривенной пиелографии и томографии области почек
- б) компьютерной томографии
- в) пневмосупраренографии с томографией
- г) внутривенного введения метайод-бензилгуанидина, меченного

^{131}J , с последующей скintiграфией через 24 часа после введения препарата

- д) ангиографическое исследование малоинформативно
- е) **верно а), б), в), г)**

12. Для диагностики инсулиномы используют

- а) пробу с соматостатином
- б) пробу с лейцином
- в) индекс инсулин/глюкоза
- г) висцеральную артериографию и компьютерную томографию
- д) **УЗИ поджелудочной железы**

13. Поглощение ^{131}J щитовидной железой увеличено во всех приведенных случаях, кроме

- а) диффузного токсического зоба
- б) эндемического зоба
- в) субтотальной тиреоидэктомии
- г) лечения радиоактивным йодом
- д) **смазывания кожи йодом**

14. Сканирование щитовидной железы при токсическом зобе позволяет установить все перечисленное, кроме

- а) активности различных ответов щитовидной железы
- б) определения ее эктопированной ткани
- в) за грудиного расположения
- г) выявления "горячих", "теплых" и "холодных" узлов
- д) **проведения дифференциальной диагностики с раком щитовидной железы**

15. Для анапластического рака характерно:

- а) быстрого роста опухоли
- б) прорастания опухоли в близлежащие органы и ткани
- в) быстрого метастазирования в отдаленные органы
- г) непоглощения опухолью радиоизотопа ("холодный узел")
- д) **все перечисленное**

16. Для нейроциркуляторной дистонии характерно все перечисленное, кроме

- а) уровня холестерина в крови в пределах нормы
- б) уровней Т₃ и Т₄ в пределах нормы
- в) **повышения поглощения ^{131}J щитовидной железой через 2-4 часа**

- г) максимума захвата ^{131}J , отмечающегося через 24 часа
- д) теста с трийодтиронином, выявляющего уменьшение поглощения

^{131}J

более, чем на 50% по сравнению с исходным

17. Радиоизотопное сканирование щитовидной железы при тиреотоксической аденоме выявляет все перечисленное, кроме

- а) высокого захвата радиоактивного йода узлом
- б) пониженного захвата йода остальной частью железы
- в) отсутствия захвата радиоактивного йода остальной частью щитовидной железы
- г) умеренно увеличенного захвата йода узлом
- д) **отсутствия захвата радиоактивного йода узлом при его**

повышенном захвате окружающей тканью

19. Для узловой формы токсического зоба в отличие от тиреотоксической аденомы характерно все перечисленное, кроме

- а) наличия тиреоидстимулирующих антител
- б) наличия эндокринной офтальмопатии
- в) наличия претибиальной микседемы
- г) увеличение захвата радиоактивного йода окружающей узел

тканью

д) **повышения поглощения узлом радиоактивного йода при уменьшенном поглощении его окружающей тканью**

20. Для первичного гипотиреоза характерно все перечисленное, кроме

- а) снижения поглощения ^{131}J щитовидной железой
- б) **нормального поглощения ^{131}J щитовидной железой**
- в) стимуляция тиротропином не приводит к увеличению поглощения радиоактивного йода на 50% по сравнению с базальным уровнем
- г) увеличения уровня ТТГ
- д) увеличения уровня тиролиберина

21. Снижение включения ^{131}J в щитовидную железу выявляют при всех следующих заболеваниях:

- а) гипотиреоза
- б) лечения тиреоидными препаратами
- в) после введения йодконтрастных средств
- г) вегетососудистой дистонии
- д) **верно а), б), в)**

22. Для первичного гипотиреоза характерны следующие результаты диагностических проб, кроме

- а) проба с тиролиберином указывает на высокий базальный уровень ТТГ и отсутствие снижения уровня ТТГ ко второму часу исследования
- б) **проба с тиролиберином указывает на низкий базальный уровень ТТГ в крови и отсутствие реакции передней доли гипофиза на стимуляцию**
- в) проба с тиротропином не изменяет уровни тироксина и трийодтиронина в крови
- г) проба с тиротропином не изменяет поглощение ^{131}J щитовидной железой
- д) проба с перхлоратом калия указывает на нарушение органификации йода в щитовидной железе

23. При исследовании теста поглощения ^{131}J щитовидной железой максимальное повышение ^{131}J наблюдается при эндемическом зобе

- а) через 2 часа
- б) через 4 часа
- в) **через 24 часа**
- г) равномерно повышено через 2-4 и 24 часа
- д) равномерно снижено через 2-4 и 24 часа

24. Наиболее информативным методом исследования щитовидной железы при остром тиреоидите является

- а) осмотр
- б) пальпация
- в) **УЗИ с пункционной биопсией**
- г) латеральная рентгенография шеи
- д) аускультация щитовидной железы

25. Для аутоиммунного тиреоидита на сканограмме характерно

- а) отсутствие поглощения радиофармпрепарата (РФП)
- б) "горячий" узел

- в) "холодный" узел
- г) **неравномерное поглощение РФП**
- д) ничего из перечисленного

26. Для подтверждения диагноза аутоиммунного тиреоидита необходимо провести все следующие исследования, за исключением

- а) сканирования щитовидной железы
- б) пункционной биопсии щитовидной железы
- в) исследования аутоантител к антигенам щитовидной железы
- г) исследования иммуноглобулинов
- д) **рентгеноскопии грудной клетки**

27. Для диагностики аденомы паращитовидных желез могут быть использованы все перечисленные исследования, кроме

- а) **рентгенографии области околотитовидных желез**
- б) пневмопаратиреоидографии
- в) компьютерной томографии
- г) сканирования с селен-метионином
- д) термографии

28. При сканировании паращитовидных желез используют радиофармпрепарат

- а) **селен-метионин**
- б) технеций
- в) ^{131}J
- г) ^{131}J -19-холестерол
- д) радиоактивный иттрий-90

29. При рентгенологическом обследовании церебральной формы ожирения могут быть установлены все перечисленные изменения, кроме

- а) усиления сосудистого рисунка на рентгенограммах черепа
- б) "пальцевых вдавлений", косвенно свидетельствующих о повышении внутричерепного давления
- в) расширения входа в турецкое седло
- г) **отсутствия рентгенологических изменений черепа**
- д) локального обызвествления твердой мозговой оболочки

30. При ультразвуковом исследовании яичника у больных с синдромом Шерешевского - Тернера

- а) увеличены
- б) поликистозные
- в) не увеличены, поликистозные
- г) нормальные
- д) **не визуализируются или резко гипопластичны**

31. Костный возраст у больных с синдромом Шерешевского - Тернера по отношению к паспортному по данным рентгенологического обследования

- а) **отстает на 2-4 года**
- б) опережает на 2 года
- в) соответствует паспортному
- г) опережает в препубертате
- д) определение костного возраста не информативно

32. С целью диагностики преждевременного полового созревания необходимо использовать все следующие методы диагностики, кроме

- а) УЗИ надпочечников
- б) УЗИ яичников
- в) определения полового хроматина
- г) исследования эстрогенов и тестостерона в плазме крови
- д) **сцинтиграфии щитовидной железы**

	<p>33. При рентгенологическом обследовании больных остеопорозом выявляется</p> <p>а) понижение прозрачности костной ткани</p> <p>б) признаки субпериостальной резорбции</p> <p>в) снижение высоты тел позвонков</p> <p>г) повышенное отложение солей</p> <p>д) гиперостоз костей черепа</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

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

2. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям Хорошо (4)	
-пяти или шести критериям Отлично (5)	

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям Хорошо (4)	
-пяти или шести критериям Отлично (5)	

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

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	4, 7		1
ПК	1	1, 6, 8, 9, 13-16, 22, 25, 26, 28, 31	3, 10	5, 7
	2	2, 10, 12, 23	8	2-4
	5	3, 5, 11, 17-21, 24, 27, 29, 30, 32	1, 2 4-7, 9	6, 8-10

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<i>Б 1. В.ДВ.1.1. «Онкология»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Конечная цель скрининга в онкологии. 2. Какие методы лучевой диагностики объективно отражают размеры опухоли. 3. Локальные методы лечения злокачественных опухолей. 4. Системные методы лечения злокачественных опухолей. 5. Локализация отдаленных метастазов рака молочной железы 6. Наиболее частые осложнения химиотерапии. 7. Особенности клиники и диагностики НЭО поджелудочной железы. 8. Основные подходы к лечению НЭО поджелудочной железы. 9. Группа исследований, используемая в первую очередь при подозрении на рак молочной железы. 10. Назовите диагностические маркеры нейроэндокринных опухолей
---------------------------------------	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<i>Б 1. В.ДВ.1.1. «Онкология»</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Профилактика рака молочной железы. 2. Рак предстательной железы, клинические особенности 3. Опухолевые маркеры яичек. 4. Диагностика рака предстательной железы. 5. Длительность супрессивной терапии после радикального лечения рака щитовидной железы. 6. Лабораторные тесты диагностики рака щитовидной железы. 7. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. 8. Особенности клинического течения медуллярного и недифференцированного рака щитовидной железы. 9. Современные возможности профилактики рака шейки матки.
---------------------------------------	---

	10. Пути метастазирования злокачественных опухолей яичников.
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><i>Б 1. В.ДВ.1.1. «Онкология»</i></p>	<p>1. С чем связано возникновение рака щитовидной железы? а) с пониженным выделением тиреотропного гормона (ТТГ) б) с повышенным выделением ТТГ в) с нормальным выделением ТТГ</p> <p>2. Йодопоглотительная способность узла при раке щитовидной железы? а) нормальная б) повышенная в) отсутствует («холодный узел»)</p> <p>3. Какие гистологические типы относятся к дифференцированному раку щитовидной железы? а) медулярный б) папиллярный в) фолликулярный г) плоскоклеточный</p> <p>4. Метод диагностики узлового образования в щитовидной железе? а) УЗИ б) сцинтиграфия в) пункция под контролем УЗИ</p> <p>5. Ранними симптомами рака щитовидной железы являются: а) осиплость голоса б) дисфагия в) синдром Горнера г) уплотнение и увеличение ткани щитовидной железы</p> <p>6. К новообразованиям АПУД — системы относятся: а) бронхогенный рак б) рак большой слюнной железы в) менингиома г) медулярный рак щитовидной железы</p> <p>7. Под понятием «скрытый» рак щитовидной железы подразумевают: а) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи б) наличие малых размеров опухоли в ткани щитовидной железы без клинических ее проявлений в) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли</p> <p>8. Характеристика фолликулярного рака щитовидной железы: а) растет относительно медленно</p>
--	--

- б) часто поражает регионарные лимфоузлы
- в) имеет склонность к гематогенному метастазированию
- г) все верно**
- д) верно а) и в)

9. Характеристика папиллярного рака щитовидной железы:

- а) самая частая форма рака щитовидной железы
- б) растет относительно медленно
- в) метастазирует чаще в регионарные лимфоузлы
- г) все верно**
- д) верно б) и в)

10. Характеристика недифференцированного рака щитовидной железы:

- а) бурный инфильтрирующий рост
- б) рано метастазирует
- в) все случаи относятся к IV стадии рака
- г) все верно
- д) верно а) и б)**

11. Характеристика медулярного рака щитовидной железы:

- а) возникает из "С" клеток щитовидной железы
- б) маркером является высокое содержание кальцитонина в опухоли и крови
- в) наличие диареи
- г) все верно
- д) верно а) и б)**

12. К возможным причинам рака околощитовидных желез относят:

- а) наследственность
- б) наличие доброкачественной аденомы
- в) лучевое воздействие на голову и/или шейную область
- г) интоксикация солями тяжелых металлов
- д) все перечисленное**

13. Характерная клиническая картина рака околощитовидных желез

- а) может долго отсутствовать симптоматика
- б) охриплость голоса и кашель
- в) повышенная жажда
- г) нарушения акта глотания
- д) почечная колика
- е) все перечисленное**

14. Назовите наиболее распространенные варианты нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы

- а) инсулинома**
- б) хондрома
- в) випома
- г) верно а) и в)

15. Нейробластома – это злокачественная опухоль из:

- а) мозгового вещества надпочечников**

- б) коркового вещества надпочечников
- в) сетчатой зоны надпочечников
- г) клубочковой зоны надпочечников

16. Аденокортикальный рак чаще диагностируется:

- а) у детей до 5 лет
- б) у молодых женщин**
- в) у женщин средних лет
- г) у молодых мужчин

17. Причины рака яичек могут быть:

- а) крипторхизм
- б) наследственность
- в) мужское бесплодие
- г) патология тканей яичка
- д) механические травмы органа
- е) все перечисленное**

18. Факторы риска развития рака шейки матки?

- а) раннее начало половой жизни**
- б) венерические заболевания, генитальная HPV-инфекция**
- в) гормональные нарушения**
- г) сахарный диабет

19. Предраковые заболевания шейки матки?

- а) эрозия
- б) лейкоплакия, эритроплакия
- в) полип
- г) дисплазия
- д) все верно**

20. Какие исследования включены в программу скрининга рака шейки матки?

- а) цитологический
- б) гистологический
- в) иммуногистохимический
- г) все перечисленное**

21. Информативность гистологического исследования биопсийного материала при подозрении на рак шейки матки?

- а) 75%**
- б) 80%
- в) 98-99%

22. Наиболее частый гистотип рака шейки матки?

- а) железистый**
- б) низкодифференцированный
- в) плоскоклеточный
- г) аденокистозный

23. Методы исследования для определения степени распространения рака шейки матки?

- а) кольпоскопия**
б) ректороманоскопия
в) цистоскопия
г) КТ, МРТ
д) рентгенография грудной клетки
е) вагинальное исследование
24. Наиболее распространенный метод лечения ранних форм рака шейки матки?
а) лучевой
б) лекарственный
в) хирургический
25. Наиболее достоверный метод диагностики рака эндометрия?
а) гистерография
б) аспират с цитологическим исследованием
в) УЗИ малого таза
г) раздельное выскабливание с гистологическим исследованием
26. Показания к рентгеновской и магнитно-резонансной компьютерной томографии при раке эндометрия?
а) первичная диагностика
б) скрининг
в) оценка степени распространения
г) все перечисленное
27. Маркер рака эндометрия?
а) Са-125
б) раковоэмбриональный антиген
в) хорионический гонадотропин
г) отсутствует
28. Какие факторы влияют на эффективность гормонального лечения рака эндометрия?
а) возраст
б) глубина инвазии
в) степень дифференцировки
г) содержание рецепторов эстрадиола и прогестагенов
е) все перечисленное
29. Клиническая симптоматика злокачественных опухолей яичников?
а) плеврит, асцит
б) кровянистые выделения из половых путей
в) пальпируемое образование
г) все перечисленное
30. Опухолевый маркер при раке яичников?
а) Са -125
б) альфа-фетопротеин
в) хорионический гонадотропин

	<p>31. В зависимости от гормона, продуцируемого нейроэндокринной опухолью, могут возникать различные симптомы, основные из них:</p> <p>а) диабет б) гипогликемия в) желчнокаменная болезнь г) язвы двенадцатиперстной кишки д) понос е) все перечисленное</p> <p>32. К основным симптомам, связанным с масс-эффектом нейроэндокринных опухолей, относятся</p> <p>а) боль б) желтуха в) похудение г) рвота д) верно б), в) и г)</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

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

2. 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.)

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая

- трем критериям Удовлетворительно (3)	последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность
- четырем критериям Хорошо (4)	4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
-пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

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

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
У	1	6, 14, 21, 31		8
П	1	5, 8-10, 13, 15-17, 23-25, 28, 29, 32	5, 8	3, 6, 7
	2	12, 18-20, 22	1, 2, 9	1, 9
	5	1-4, 11, 26, 27, 30	3, 4, 6, 10	2, 5, 10
	8		7	