

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России
Кафедра внутренних болезней №5**

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания
Центрального
координационного
учебно - методического
совета
от «05» ноября 2019 г. № 1**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
для проведения итоговой государственной аттестации**

**для программ дополнительного профессионального образования -
профессиональной переподготовки по специальности 31.08.49 Терапия**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 22 октября 2019 г. (протокол № 4)**

**Заведующий кафедрой
профессор Н.М.Бурдули**



г. Владикавказ 2019 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств:
 - перечень контрольных вопросов
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
 - образец экзаменационного билета
 - эталоны ситуационных задач с ответами

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения России**

**РЕЦЕНЗИЯ
на фонд оценочных средств по специальности «Терапия»**

Фонд оценочных средств составлен на кафедре внутренних болезней №5 в соответствии с Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Р.Ф. от 23 июля 2010 г. № 541н, Приказ Министерства образования и науки РФ от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», Приказ Минобрнауки России от 19 ноября 2013 г. №1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – дополнительной профессиональной образовательной программе – программе профессиональной переподготовки.

Фонд оценочных средств включает в себя банк тестовых заданий, ситуационные задачи, а также ответы к ним. Тесты и задачи позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки слушателей по дисциплине «Терапия». Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют образовательной программе по специальности «Терапия» и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий составляет 100. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины (модуля) достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям.

Билеты для текущей аттестации выполнены на бланках единого образца по стандартной форме. Билет включает в себя 2 вопроса и ситуационную задачу. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной

дисциплины. Сложность вопросов в билетах распределена равномерно. Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств по специальности «Терапия» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися универсальными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по специальности «Терапия» может быть рекомендован к использованию для проведения итоговой государственной аттестации на факультете подготовки кадров высшей квалификации по программам дополнительного профессионального образования у слушателей.

Рецензент:

Председатель ЦУМК естественнонаучных и
математических дисциплин с подкомиссией по
экспертизе оценочных средств,
доц. кафедры химии и физики
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, к.ф.-м.н.

И.Ф. Боциев

« _____ » _____ 20 ____ г.

Паспорт фонда оценочных средств программы повышения квалификации по специальности 31.08.49 «Терапия»

раз-дела	Наименование разделов и их содержание	Форма контроля
1	2	6
Вид контро-ля	Итоговый	
1	Основы социальной гигиены и организации терапевтической помощи в РФ	Зачет
2	Теоретические основы внутренней патологии	Зачет
3	Общие методы обследования терапевтических больных	Зачет
4	Болезни органов дыхания	Зачет
5	Болезни сердечно-сосудистой системы	Зачет
6	Ревматические болезни	Зачет
7	Болезни органов пищеварения	Зачет
8	Болезни почек	Тестовый контроль
9	Болезни органов кроветворения	Зачет
10	Эндокринные заболевания	Зачет
11	Тромбофилические состояния в клинике внутренних болезней	Тестовый контроль
12	Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней	Тестовый контроль
13	Немедикаментозные методы лечения терапевтических больных	Зачет
14	Клиническая фармакология и тактика применения лекарств	Зачет
15	Отдельные вопросы смежной патологии	Зачет
16	Частные вопросы специальной подготовки. Электрокардиография в практике терапевта	Тестовый контроль
17	Тестовый контроль по электрокардиографии	Тестовый контроль
18	Экзамен	

Компетенции, формируемые в результате освоения дисциплины:

Коды формируемых компетенций	Компетенции
	Универсальные компетенции
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
УК-2;	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образования в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
	Профессиональные компетенции
ПК-1;	готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на здоровье человека факторов среды обитания
ПК-2;	способностью и готовностью к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами с терапевтическими заболеваниями
ПК-3;	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-4;	готовность к применению социально-гигиенических мето-

	дик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
ПК-5;	диагностическая деятельность: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6;	лечебная деятельность: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической помощи
ПК-7;	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-8;	реабилитационная деятельность: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-9;	психолого-педагогическая деятельность: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10;	организационно-управленческая деятельность: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК-11;	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ПК-12;	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России
Кафедра внутренних болезней №5**

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «05» ноября 2019 г. № 1**

**Перечень контрольных вопросов по дисциплине «Терапия» для проведения итоговой
государственной аттестации слушателей по специальности 31.08.49 Терапия**

1. Атеросклероз: понятие, факторы риска, классификация, лечение.
2. Инструментальные методы диагностики заболеваний желчевыделительной системы.
3. Современные принципы лечения хронической сердечной недостаточности.
4. Анафилактический шок. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная терапия.
5. ИБС. Понятие, факторы риска. Патогенез. Классификация.
6. Лечение бронхиальной астмы.
7. Инфаркт миокарда. Клиника, диагностика, лечение.
8. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика.
9. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Принципы диагностики.
10. Потенциальные возбудители внутри- и внебольничных пневмоний.
11. Симптоматические гипертонии. Классификация. Диагностика.
12. Клинические, лабораторные, инструментальные методы выявления язвенной болезни.
13. Критерии диагностики хронического гломерулонефрита (клинические, лабораторные, инструментальные).
14. Принципы лечения хронического гастрита ассоциированного и неассоциированного с *Helicobacter pylori*.
15. Этапы обследования при заболевании почек.
16. Лечение астматического статуса.
17. Пневмонии. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
18. Антикоагулянты, фибринолитики и антиагреганты. Механизм действия, характеристика основных препаратов, контроль за их применением.
19. Диагностика и лечение плевритов.
20. Острый живот в практике терапевта. Диагностика. Тактика врача.
21. Хронические гепатиты. Этиология, клиника, диагностика.
22. Антиангинальные препараты. Классификация, механизм действия, характеристика основных препаратов.
23. Инфекционный эндокардит. Этиология. Критерии диагностики. Классификация.
24. Лечение внебольничных пневмоний.
25. Кардиомиопатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика.
26. Лечение хронического панкреатита.

27. Диагностика и лечение железодефицитных анемий.
28. Дифференциальная диагностика болей в левой половине грудной клетки.
29. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология. Патогенез. Клинические варианты. Классификация.
30. Дифференциальная диагностика болей в верхней половине живота.
31. Кардиогенный шок. Неотложная диагностика и терапия.
32. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация.
33. Клинико-электрокардиографическая динамика инфаркта миокарда.
34. Дифференциальный диагноз желтух.
35. Хроническая сердечная недостаточность. Классификация. Клиника. Диагностика.
36. Дифференциальный диагноз анемий. Принципы лечения анемий.
37. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация.
38. Применение бронхолитиков при заболеваниях легких.
39. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника.
40. Дифференциальный диагноз по отечному синдрому.
41. Стенокардия напряжения. Дифференциальный диагноз различных форм стенокардии.
42. Лечение циррозов печени.
43. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
44. Антигипертензивные препараты. Принципы лечения гипертонической болезни.
45. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Морфологические и клинические варианты
46. Лечение пароксизмальных нарушений ритма.
47. Сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Диагностика. Классификация.
48. Дифференциальный диагноз по суставному синдрому.
49. Неотложная диагностика и помощь при тромбоэмболии легочной артерии.
50. Острый коронарный синдром: клиника, диагностика.
51. Гипертонические кризы. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
52. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника.
53. Гипертоническая болезнь. Классификация. Диагностика.
54. Методы диагностики экссудативного плеврита.
55. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Классификация.
56. Классификация антиаритмических препаратов.
57. Диагностика инфаркта миокарда.
58. Принципы лечения дисфункций желчного пузыря
59. Острый коронарный синдром: тактика ведения больного с подъемом сегмента ST.
60. Диагностика и лечения хронического пиелонефрита.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России
Кафедра внутренних болезней №5**

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «05» ноября 2019 г. № 1**

**Образец экзаменационного билета для проведения итоговой государственной
аттестации слушателей по специальности 31.08.49 Терапия**

1. Инфаркт миокарда. Клиника, диагностика, лечение.
2. Анафилактический шок. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная терапия.
3. Ситуационная задача

Беспокоит резко выраженная одышка при малейшем движении, кашель сухой, редкий. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от IV ребра по всем топографическим линиям не проводится. При перкуссии на этом участке определяется абсолютно тупой звук. При аускультации дыхание здесь же не прослушивается, бронхофония не проводится.

1. О каком патологическом синдроме можно думать?
2. Какие дополнительные методы исследования помогут в постановке диагноза?
3. Как определить характер жидкости, находящейся в плевральной полости?

Зав. кафедрой, д.м.н., проф.

Н.М. Бурдули

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России
Кафедра внутренних болезней №5**

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «05» ноября 2019 г. № 1**

**Эталоны тестовых заданий для проведения текущей аттестации слушателей по
специальности 31.08.49 Терапия**

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

- 1) Асистолия
- +2) Фибрилляция желудочков
- 3) Полная атриовентрикулярная блокада
- 4) Экстремальная синусовая брадикардия

2. Глубина коматозного состояния определяется:

- 1) По выраженности гемодинамических расстройств
- 2) По степени угнетения сознания
- +3) По степени угнетения рефлексов

3. Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:

- 1) Артериальная гипотония
- 2) Артериальная гипертензия
- 3) Нарушение ритма сердца
- +4) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- 5) Холодный пот

4. Сочетание болей в грудной клетке с гипотензией наименее характерно для
тромбоэмболии легочной артерии
острого инфаркта миокарда
напряженного пневмоторакса
гемотампонады сердца
+ острого сухого перикардита

5. Сочетание болей в грудной клетке с набуханием шейных вен характерно для всего
перечисленного, кроме
тромбоэмболии легочной артерии
разрыва межжелудочковой перегородки
гемотампонады сердца
инфаркта правого желудочка
+ расслаивающей аневризмы аорты

6. Для абдоминальной формы инфаркта миокарда характерны:

- 1) Боли за грудиной, иррадиирующие в плечо и эпигастральную область

- +2) Острые боли в животе, часто с тошнотой, иногда с рвотой, резкая слабость
- 3) Острые боли в животе, «доскообразное» напряжение мышц живота, положительные симптомы раздражения брюшины.

7. Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на

- +расслаивающую аневризму аорты
- тромбоэмболию легочной артерии
- инфаркт миокарда
- кардиоспазм
- синдром Титце

8. Возникновение болей за грудиной после еды при принятии горизонтального положения наиболее характерно для

- кардиоспазма
- +грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- язвенной болезни желудка
- вариантной стенокардии
- обострения хронического холецистита

9. Эффективность нитроглицерина в купировании приступа загрудинных болей помимо стенокардии отмечается также при

- +кардиоспазме
- нейроциркуляторной дистонии
- пролапсе митрального клапана
- остром перикардите
- грыже пищеводного отверстия диафрагмы

10. Абсолютным признаком развившегося астматического состояния является:

- 1) Одышка с удлиненным выдохом
- 2) Дистанционные сухие хрипы
- 3) Вынужденное положение больного
- +4) Участки немого легкого при аускультации

11. Ведущим симптомом инфекционного шока является:

- 1) Бледность кожи на фоне высокой температуры
- 2) Заторможенность и вялость больного
- +3) Гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами
- 4) Гипотония, поддающихся лечению прессорным аминами

12. Появление колющих односторонних болей в грудной клетке во время кашля характерно для рефлюкс-эзофагита

- +спонтанного пневмоторакса
- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- синдрома Хилаидити
- пролапса митрального клапана

13. При гипергликемической кетоацидотической коме:

- 1) Кожа гиперемированная, сухая, зрачки расширенные, глазные яблоки твердые
- +2) Гиперемия лица, кожа сухая, глазные яблоки мягкие, тургор кожи снижен
- 3) Кожа цианотичная, сухая, глаза запавшие, тризм жевательной мускулатуры, повышенный мышечный тонус

14. Подъем сегмента ST у больных без ИБС на ЭКГ может встречаться при гипотермии

- нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях V₁₋₂ с глубокими зубцами S
- тромбоэмболии легочной артерии

синдроме ранней реполяризации
+ во всех перечисленных случаях

15. При гипогликемической коме у больного:

- +1) Кожа обычного цвета, влажная, глазные яблоки твердые, тонус мышц повышен
- 2) Кожа бледная, покрыта холодным потом, тризм жевательной мускулатуры, глазные яблоки
- 3) Кожа гиперемированная, влажная, зрачки резко расширены, тонус мышц снижен

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

- 1) 3 минуты после введения препарата
- 2) 10 минут после введения препарата
- +3) 30 минут после введения препарата
- 4) 1 час после введения препарата

17. Асимметрия глазных щелей, анизокория, симптом «паруса» относятся:

- +1) К симптомам очагового поражения мозга
- 2) К общемозговым неврологическим симптомам
- 3) К симптомам раздражения мозговых оболочек

18. Ведущим симптомом острой кишечной непроходимости является:

- 1) Острая «кинжальная» боль в животе
- 2) Ноющая боль в животе
- +3) Схваткообразные боли в животе
- 4) Частый жидкий стул

19. Развитие очаговой неврологической симптоматики на фоне приступа интенсивных загрудинных болей с наибольшей вероятностью указывает на
тромбоэмболию легочной артерии
острый панкреатит
острый перикардит
вариантную стенокардию
+ расслаивающую аневризму аорты

20. Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для
острого перикардита
расслаивающей аневризмы аорты
разрыва пищевода
+ тромбоэмболии легочной артерии
грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

21. Остро возникшая у пациента в астматическом статусе односторонняя боль в грудной клетке, связанная с актом дыхания, требует исключить, в первую очередь
+ спонтанный пневмоторакс
острый плеврит
межреберную невралгию
тромбоэмболию легочной артерии
синдром Цириакса

22. Симптомы характерные для острой кишечной непроходимости:

- 1) Схваткообразные боли
- 2) Отсутствие стула и газов
- 3) Тенезмы
- 4) Рвота
- 5) Частый жидкий стул
- +6) 1,2,4

7) 2,3,5

23. Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для
недостаточности клапанов аорты
митрального стеноза
недостаточности митрального клапана
+ стеноза устья аорты
вариантной стенокардии

24. Для прогрессирующей стенокардии верны следующие утверждения, кроме
характерно учащение приступов
характерны боли в покое
+ характерно возникновение болей по мере нарастания нагрузки
характерно горизонтальное смещение сегмента ST
необходима срочная госпитализация

25. Для стенокардии напряжения характерно все, кроме
внезапного появления болей
болей до 10 минут
эффективного действия нитратов
+ проявления чаще ночью
связи с нагрузкой

26. Для приступа вариантной стенокардии нехарактерно
развитие нередко в предутренние часы во время сна
+ появление болей преимущественно при физической нагрузке
провоцирующая роль холода, злоупотребления табаком
сравнительно большая продолжительность
меньший эффект нитратов в сравнении со стенокардией напряжения

27. Отек правой нижней конечности может развиваться на фоне острого аппендицита вследствие:
+ 1) Тромбоза подвздошных вен
2) Распространения воспалительного процесса на бедро
3) Вовлечения в воспалительный процесс подвздошно-поясничной мышцы

28. Ведущим симптомом почечной колики является:

- 1) Резь при мочеиспускании
- 2) Ноющие боли в пояснице
- 3) Частое мочеиспускание
- 4) Высокая температура
- + 5) Приступообразные острые боли

29. При нестабильной стенокардии с недостаточным эффектом от приема нитратов целесообразно
срочно госпитализировать больного
увеличить дозу нитратов
ввести наркотические анальгетики
проведение оксигенотерапии
+ все перечисленные мероприятия

30. При наличии дегтеобразного стула в сочетании с увеличением печени и селезенки нужно заподозрить:

- 1) Кровотечение из язвы желудка или 12-перстной кишки
- 2) Неспецифический язвенный колит
- + 3) Кровотечение из вен пищевода
- 4) Геморроидальное кровотечение

31. При перкуссии на стороне пневмоторакса отмечается:

- +1) (верно) тимпанит
- 2) резкое притупление
- 3) ясный легочный звук
- 4) коробочный звук

32. Отсутствие печеночной тупости при перкуссии характерно для:

- 1) травмы печени
- +2) (верно) прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) острого аппендицита
- 4) острого гепатита

33. Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки проявляется следующим симптомокомплексом:

- 1) боль в животе опоясывающего характера, тошнота, рвота желудочным содержимым
- 2) схваткообразная боль в животе, тошнота, рвота желудочным содержимым
- 3) умеренно выраженная боль в верхних отделах живота, рвота "кофейной гущей", язвенный анамнез
- +4) внезапно возникшая сильная боль в эпигастриальной области, напряжение мышц брюшной стенки, язвенный анамнез

34. Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии у больного бронхиальной астмой является

- пропранолол (обзидан)
- кордарон
- верапамил (изоптин)
- + нифедипин
- клофелин

35. Относительными противопоказаниями к введению нитроглицерина являются

- повышение внутричерепного давления
- гипотензия
- гиповолемия
- тяжелый аортальный стеноз
- + все перечисленное

36. При стенокардии напряжения и ЧСС 58 в минуту нельзя назначать препараты, кроме

- пропранолола (обзидана)
- верапамила (изоптина)
- + изокета
- дильтиазема (кардила)
- кордарона

37. При гипергликемической коме наблюдается

- 1 дыхание Чейн - Стокса
- +2 дыхание Куссмауля
- 3 обычное дыхание
- 4 апноэ
- 5 дыхание Биотта

38. Молниеносная форма анафилактического шока характеризуется

- +1 агональным дыханием, резким падением артериального давления развитием симптомов острого неэффективного сердца в течение 2-3 минут
- 2 удушьем, жаром, страхом, нитевидным пульсом
- 3 крапивницей, отеком Квинке, кожным зудом
- 4 мгновенной остановкой сердца и дыхания на введение аллергена
- 5 головной болью, слабостью, одышкой, тахикардией

39. Ведущим фактором патогенеза первой фазы инфекционно-токсического шока является

- 1 снижение сердечного индекса
- +2 снижение сосудистого тонуса (ОПСС)
- 3 снижение ОЦК
- 4 все перечисленное
- 5 повышение ОЦК

40. Снижение систолического АД во время острой кровопотери возникает при увеличении дефицита ОЦК

- 1 до 10%
- +2 более 15%
- 3 более 20%
- 4 более 30%
- 5 систолическое артериальное давление не зависит от объема кровопотери

41. Комы при диабете могут быть обусловлены

- 1 накоплением кетоновых тел и связанным с этим ацидозом
- 2 гипогликемией, возникающей на введение инсулина
- 3 накоплением молочной кислоты
- 4 повышением осмотического давления крови
- +5 всем перечисленным

42. При гипергликемической коме

- 1 происходит внезапная потеря сознания
- +2 наблюдается постепенное снижение сознания до полной потери
- 3 наблюдается двигательное возбуждение с последующей потерей сознания
- 4 сознание сохранено
- 5 все перечисленное верно

43. Кожные покровы при кардиогенном шоке:

- 1. Цианотичные, сухие.
- 2. Бледные, сухие.
- +3. Бледные, влажные.
- 4. Розовые, влажные.
- 5. Желтые, сухие

44. Для субэндокардиального инфаркта миокарда характерно

- благоприятный прогноз
- более редкие, чем при трансмуральном инфаркте миокарда, осложнения
- +частые рецидивы
- неосложненное течение
- возникновение чаще у молодых больных

45. Первые часы острого инфаркта миокарда часто осложняются

- тромбоэмболическими осложнениями
- +фибрилляцией желудочков
- перикардитом
- плевритом
- аневризмой

46. Основным признаком остановки сердца является

- +1 отсутствие пульса на сонной артерии
- 2 отсутствие самостоятельного дыхания
- 3 узкие зрачки
- 4 широкие зрачки
- 5 отсутствие сознания

47. Наиболее частой причиной смерти больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является
кардиогенный шок
отек легких
+фибрилляция желудочков
гемотампонада сердца
полная атриовентрикулярная блокада

48. В первые три дня острого инфаркта миокарда возможны все осложнения, кроме
кардиогенного шока
нарушения ритма
+синдрома Дресслера
отека легких
разрывов миокарда

49. Внезапная потеря сознания и пульса при сохранении ЭКГ-сигналов характерна для
фибрилляции желудочков
+разрыва сердца
тромбоэмболии легочной артерии
полной поперечной блокады
синдрома Фредерика

50. Основными признаками клинической смерти являются:
1 потеря сознания и судороги; нарушение дыхания типа Куссмауля Чейн - Стокса; бледность кожных покровов, цианоз слизистых узкие зрачки, отсутствие фотореакции
+2 потеря сознания; отсутствие пульсации на магистральных сосудах; нарушение дыхания вплоть до остановки; расширение зрачков отсутствие реакции на свет
3 потеря сознания; поверхностное дыхание; расширенные зрачки отсутствие реакции на свет; бледность кожных покровов, цианоз слизистых
4 отсутствие сознания; отсутствие пульса на периферических артериях; отсутствие реакции зрачков на свет; выраженное брадикапноэ

51. 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
+если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 123 и 4

52. Современная классификация ИБС включает все клинические формы ИБС, кроме
стенокардии
инфаркта миокарда
постинфарктного кардиосклероза
+атеросклеротического кардиосклероза
нарушения ритма сердца

53. Назовите классы гипотензивных препаратов: 1. диуретики; 2. симпатолитики; 3. антагонисты кальция; 4. ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы; 5. вазодилататоры
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1 23 4 и 5

54. Назовите осложнения развивающиеся при гипертонических кризах: 1. острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких); 2. острая коронарная недостаточность (нестабильная стенокардия, развитие инфаркта миокарда); 3. расслаивающаяся аневризма грудного отдела аорты; 4. энцефалопатия; 5. ОНМК

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1 2 3 4 и 5

55. Выберите правильные показатели снижения уровня АД при осложненных кризах

+в течение первых 30-120 мин снижения АД примерно на 15-25%, в течение последующих 2-6 часов - достичь АД 160/100 мм рт. ст

в течение первых 6 часов снижаем АД на 20 – 30%, затем в течение суток до целевого АД

в течение первых 12 часов снижаем АД до целевого АД

АД снижаем в течение 2 часов до нормальных значений

снижаем АД до нормальных показателей в течение 30 – 120 мин

56. Какие препараты используются для первичной профилактики ишемического инсульта на фоне гипертонической болезни: 1. диуретики; 2. ингибиторы АПФ; 3. α -блокаторы; 4. бета-блокаторы; 5.

антагонисты кальция дигидропиридиновые

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1 2 3, 4 и 5

57. Какие препараты используются для вторичной профилактики ишемического инсульта на фоне гипертонической болезни: 1. ингибиторы АПФ; 2. антагонисты кальция дигидропиридиновые; 3.

антагонисты рецепторов к ангиотензину II; 4. диуретики; 5. α -блокаторы

+если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1 2 3 4 и 5

58. Какие препараты используются для профилактики геморрагического инсульта на фоне

гипертонической болезни: 1. диуретики; 2. ингибиторы АПФ; 3. α -блокаторы; 4. бета-блокаторы; 5.

антагонисты кальция дигидропиридиновые

если правильны ответы 1 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1 2 3 4 и 5

59. Желчь подвергается реабсорбции в: 1. двенадцатиперстной кишке; 2. тощей кишке; 3. прямой кишке; 4. начальном отделе толстой кишки

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

+если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

60. Для печеночного цитолитического синдрома характерно: 1. повышение активности аланиновой аминотрансферазы; 2. повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы; 3. повышение активности альдолазы; 4. повышение уровня сывороточного железа

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

61. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является

+повышение активности аланиновой аминотрансферазы
повышение активности альдолазы
повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
гипоальбуминемия
повышение уровня сывороточного железа

62. Внутривенный холестаз характеризуется: 1. билирубинемия; 2. увеличение в крови активности щелочной фосфатазы; 3. гиперхолестеринемия; 4. появление желчных кислот в моче

если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

63. 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)

если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

64. При холестатическом синдроме уробилиноген в моче: 1. снижается; 2. повышается; 3. исчезает; 4. не изменяется

если правильны ответы 1, 2 и 3
+если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

65. Появление билирубина в моче указывает на: 1. вирусный гепатит С; 2. подпеченочную желтуху; 3. гемолитическую желтуху; 4. паренхиматозную желтуху

если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
+если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

66. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при: 1. микрокровоотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника; 2. микрокровоотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта; 3. неспецифическом язвенном колите; 4. употреблении мяса в пищу

если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

67. Снижение стеркобилина в кале наблюдается при: 1. паренхиматозной желтухе; 2. гемолитической анемии; 3. механической желтухе; 4. жировом гепатозе

если правильны ответы 1, 2 и 3
+если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

68. Креаторея наблюдается при: 1. ахилии; 2. гнилостной диспепсии; 3. недостаточности внешней секреции поджелудочной железы; 4. хроническом холецистите
+если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

69. Стеаторея в виде нейтрального жира характерна для: 1. механической желтухи; 2. паренхиматозной желтухи; 3. хронического панкреатита; 4. хронического гастрита
+если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

70. Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является
варикозное расширение вен пищевода
кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
дивертикул пищевода
+астматическое состояние
рак кардиального отдела желудка

71. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появилась в дальнейшем при волнения, усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Основными условиями рентгенологического исследования в этом случае являются: 1. исследование пищевода в положении стоя; 2. исследование пищевода в положении лёжа; 3. исследование с густой бариевой взвесью; 4. исследование с жидкой бариевой взвесью
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

72. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появилась в дальнейшем при волнения, усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Больной следует рекомендовать
жидкое питание
+лечение невроза
вяжущие и обволакивающие средства
физиотерапию
витамиотерапию

73. В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением лёгких. В данном случае можно предположить

варикозное расширение вен пищевода
пищеводно-бронхиальный свищ
+дивертикул пищевода
стеноз пищевода
ахалазию пищевода

74. В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением лёгких. Для подтверждения диагноза в условиях поликлиники в первую очередь необходимо провести

+рентгеноскопию пищевода
электрокардиографию
анализ крови на гемоглобин
гастроскопию
рентгеноскопию органов грудной клетки

75. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Предположительный диагноз

опухоль средостения
шейный лимфаденит
флегмона шеи
+перфорация пищевода
медиастинальная эмфизема

76. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Тактика врача

+немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение
пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо
провести эзофагоскопию
назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня
вызвать на консультацию отоларинголога

77. Из заболеваний, которые стать причиной эзофагогастродуоденального кровотечения, кровавая рвота наименее характерна для

язвы желудка
грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
варикозного расширения вен
язвы двенадцатиперстной кишки
+дивертикула пищевода

78. Симптомами продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения являются: 1. рвота "кофейной гущей" или свежей кровью; 2. ухудшение общего состояния больного; 3. ухудшение показателей гемодинамики; 4. снижение уровня гемоглобина

если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

79. Для постановки диагноза опухоли пищевода необходимы: 1. медиастиноскопия; 2. рентгеноскопия пищевода; 3. рентгенография грудной клетки; 4. эзофагоскопия
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

80. Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены: 1. недостаточностью кардии; 2. рефлюксом желудочного содержимого в пищевод; 3. пептическим эзофагитом; 4. спазмом пищевода
+если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

81. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, относятся
нарушения проходимости комка пищи
растяжение грыжевого мешка
+рефлюкс в пищевод
спазм пищевода
ничего из перечисленного

82. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища; они не купируются полностью альмагелем. Отмечается также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью - рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все перечисленное позволяет заподозрить
+аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит
рак пищевода
бронхиальную астму
хронический гастрит
ахалазию кардии

83. Для снятия болей при грыже пищеводного отверстия диафрагмы наиболее эффективен
атропин
платифиллин
но-шпа
+церукал
седуксен

84. При бессимптомном течении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы следует: 1. назначить щадящую диету; 2. исключить подъем тяжестей; 3. назначить частое дробное питание; 4. назначить антацидные препараты
+если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

85. Показаниями к оперативному лечению при грыже пищеводного отверстия диафрагмы являются:
1. повторные кровотечения; 2. пептическая язва пищевода; 3. стриктура пищевода
если правильны ответы 1, 2 и 3
+если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 3

если правильный ответ 3

86. Профилактика осложнений при грыже пищеводного отверстия диафрагмы включает: 1. режим питания; 2. режим труда; 3. борьбу с запорами; 4. сон с приподнятым изголовьем

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

87. Запоры при язвенной болезни возникают вследствие воздействия: 1. щадящей диеты; 2. постельного режима; 3. повышения тонуса блуждающего нерва; 4. медикаментозной терапии

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

88. Для язвенной болезни редко рецидивирующего течения обострения наступают

1-2 раза в 2-3 года

2 раза в год

3 раза в год

+1 раз в 5 лет

не наступает вообще

89. Для язвенной болезни непрерывно рецидивирующего течения обострения возникают: 1 раз в год; 2. 4 и более раз в год; 3. 2 раза в год; 4. периодов ремиссии не существует

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

+если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

90. Для язвенной болезни характерно: 1. "голодные" боли в эпигастриальной области; 2. ночные боли; 3. изжога; 4. хронический гастродуоденит

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

91. Для постбульбарной язвы характерно: 1. боли через 3-4 часа после еды; 2. боли с иррадиацией в левое и/или правое подреберье; 3. "пульсирующие" боли; 4. кровотечение

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

92. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является

рвота желчью

урчание в животе

резонанс под пространством Траубе

+шум плеска через 3-4 часа после приема пищи

видимая перистальтика

93. Подтвердить пенетрацию язвы может: 1. уменьшение ответной реакции на антациды; 2. появление болей в спине; 3. усиление болей; 4. изменение характерного ритма язвенных болей
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

94. Урография позволяет: 1. определить размеры почек; 2. определить положение почек; 3. выявить конкременты; 4. оценить функцию почек.
если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

95. Нефротическому синдрому соответствуют: 1. отеки; 2. протеинурия 5 г/сутки; 3. диспротеинемия; 4. гиперлипидемия.
если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

96. У 40-летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:
острый гломерулонефрит;
острый пиелонефрит;
+обострение хронического гломерулонефрита;
апостематозный нефрит;
амилоидоз почек.

97. При системной красной волчанке возможно развитие следующих клинических вариантов поражений почек: 1. изолированный мочевого синдром; 2. нефритический мочевого синдром; 3. нефротический мочевого синдром; 4. пиелонефритический мочевого синдром.
если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

98. При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться: 1. преходящими нарушениями мозгового кровообращения; 2. судорогами; 3. периферической полинейропатией; 4. психозами.
если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

99. Показанием к назначению цитостатиков при системной красной волчанке являются: 1. активность волчаночного нефрита; 2. высокая общая активность болезни; 3. резистентность к глюкокортикостероидам; 4. выраженность синдрома Рейно.
+если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

100. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:

лица, пальцев кистей и стоп;

+туловища и проксимальных отделов конечностей;

туловища;

лица;

пальцев кистей.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России
Кафедра внутренних болезней №5**

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «05» ноября 2019 г. № 1**

**Эталоны ситуационных задач (с эталонами ответов) по дисциплине «Терапия» для
проведения итоговой государственной аттестации слушателей по специальности
31.08.49 Терапия**

Задача № 1

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент П тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эр. - $3,0 \times 10^{10}/л$, Нв - 100 г/л, ц.п. - 0,9, лейкоц. - $7,8 \times 10^9/л$, формула без отклонений, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 1,0 г/л, лейкоц. - 4-5 в п/зр., эр. - 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга : креатинин - 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение. Показания к гемодиализу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ :

1. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры - 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена - 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.
2. Проба Реберга: см. задачу.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Диагноз: хронический гломерулонефрит, латентный (по клинической классификации Тареева), осложнение: ХПН, 3 интермиттирующая стадия (по классификации Лопаткина), артериальная гипертензия, анемия.

2. План обследования: УЗИ почек с целью уточнения размеров почек, состояния паренхимы. Проба Реберга.

3. Диф. диагноз: с острой почечной недостаточностью, так как есть гиперкреатининемия. В пользу хронической - протеинурия в анамнезе, сухость, бледность кожи, анемия, гипертония, уменьшение размеров почек по УЗИ.

Причина ХПН - латентный гломерулонефрит или латентный пиелонефрит. Наиболее вероятен гломерулонефрит (умеренная протеинурия в анамнезе, нет клиники обострений пиелонефрита: боли, дизурия, повышение температуры тела, лейкоцитурия, по данным УЗИ симметричный процесс в почках). На данный момент диф. диагноз причины ХПН труден. Важно выявление и уточнение стадии ХПН, так как от этого зависит тактика ведения больного.

4. Лечение: низкобелковая диета, некоторое ограничение соли (так как есть АГ, полное исключение соли при ХПН противопоказано, особенно в начальных стадиях). Водный режим адекватный диурезу, жидкость не ограничивать.

Гипотензивные (в данной стадии применение ИАПФ осторожно, опасно снижение клубочковой фильтрации и гиперкалиемия).

Энтеросорбенты. Слабительные.

Лечение анемии рекомбинантным эритропоэтином в преддиализный период или во время диализа.

Показания к гемодиализу: снижение клубочковой фильтрации 15 - 10 мл/мин, важно не пропустить срок ввода больного в гемодиализ при ХПН.

Задача №2

Больной С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боль за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся- таблетками нитроглицерина, одышку.

Страдает болями в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года боли стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал по одной таблетке 2 раза в день, обзидан по 20 мг 3 раза в день, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина.

При обследовании в стационаре: температура 36,8*С, пульс - 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт. ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Назначить лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 2 :

1. Велозергметрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 25 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

2. Эхокардиоскопия: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

3. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты.

4. Общий анализ крови: эр. - $4,7 \times 10^{12}/л$, Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты - $260 \times 10^9/л$, лейкоц. - $6,0 \times 10^9/л$, пал. - 2%, эоз. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час.

5. Анализ крови на: АСТ - 0,28 ммоль/л, АЛТ - 0,3 ммоль/л, СРБ - отрицательный, КФК - 0,9 ммоль/гл, ПТИ - 105%, время свертывания - 2 мин., холестерин - 7,5 ммоль/л, бета-липопротеиды - 6,5 г/л.

6. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1018, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 2

1. Предварительный диагноз: ИБС- стенокардия напряжения прогрессирующая, СН ПА стадии.
2. План дополнительного обследования: ЭКГ, велоэргометрия (через 2 недели после госпитализации), эхокардиоскопия, рентгенография органов грудной клетки; общий анализ крови, анализ крови на АСТ, АЛТ, СРБ, КФК, ПТИ, время свертывания, холестерин, В-липопротеиды, общий анализ мочи.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с инфарктом миокарда, миокардитом, перикардитом.
4. Принципы лечения:
антиангинальная терапия нитратами короткого и длительного действия, бета-адреноблокаторами, антагонистами ионов кальция (за исключением дигидропиридиновых производных короткого действия);
антикоагулянтная (гепарин) и дезагрегантная (аспирин) терапия;
гиполипидемическая терапия (зокор, мевакор, липамид, мисклерон);
терапия СН (ингибиторы АПФ, мочегонные, дигоксин в малых дозах).

Задача №3

У больного Г., 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, резкая одышка смешанного характера с преимущественным инспираторным компонентом.

Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати. Кожные покровы и видимые слизистые резко цианотичны. Дыхание поверхностное, одышка до 40 в 1 минуту. При аускультации дыхание справа ослабленное, выслушивается большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация в III межреберье слева. Пульс ритмичный, слабый. АД - 110/70 мм рт. ст. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над легочной артерией. Систолический шум над всеми точками аускультации. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 3 :

1. Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоциты - $9,5 \times 10^{12}$ /л, п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, л - 21%, белок - 80 г/л, альбумины - 42%, альфа-1 - 8%, альфа-2 - 12%, бета - 18%, гамма - 20%, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин., ЛДГ - 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 - 25%, ЛДГ-2 - 26%, ЛДГ-3 - 30%, ЛДГ-4 - 8%, ЛДГ-5 - 11%.
2. Анализ мочи: соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 3

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией. Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Лечение сердечной

недостаточности, борьба с шоком. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия

Задача №4

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $8,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/час.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ:

1. Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л - 130 мкмоль/л - 100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л - 90 мкмоль/л - 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л - 200 мкмоль/л - 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).
2. Анализ крови на электролиты: К - 5,3 ммоль/л, Na - 150 ммоль/л, Са - 2,2 ммоль/л, Cl - 97 ммоль/л
3. АСЛ-О - 320 ед.
4. Общий белок: 65 г/л
5. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5x7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.
6. Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.
7. Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими контурами, артерии и вены не изменены. Патологии не выявлено.
8. Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.
9. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть. расценена как острый гломерулонефрит.
10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы корковый и мозговой слой с числом клубочков до 18, в 12 отмечается пролиферация капсулы с формированием полулуний, в оставшихся клубочках диффузная пролиферация клеток мезангия эндотелия, базальные мембраны на отдельных участках разрыхлены. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция. Заключение: экстракапиллярный гломерулонефрит (нефрит с полулуниями).

Задача №5

Больной К., 58 лет, шофер, доставлен в терапевтическое отделение машиной “скорой помощи” с жалобами на чувство удушья с затруднением выдоха, продолжающееся в течение 12 часов. С начала приступа через каждые 30 мин. применял ингаляции беротека по 2 дозы, которые не приносили облегчения. Кроме того, больного беспокоили головная боль, тупые боли и чувство тяжести в правом подреберье, отеки ног.

В анамнезе: малопродуктивный кашель в течение 20 лет. За последние 10 лет появилась одышка при физической нагрузке, которая постепенно приобрела постоянный характер. В течение последнего года даже при незначительной физической нагрузке одышка доходила до удушья. Одышку снимал ингаляциями беротека, приемом теофедрина.

Объективно: состояние тяжелое. Вынужденное положение ортопное, одышка в покое с резко затрудненным удлиненным выдохом, диффузный цианоз, акроцианоз, лицо одутловатое, набухшие

яремные вены, отеки голеней (в области крестца). Грудная клетка расширена в передне-заднем размере, “застывшая” в положении вдоха, межреберные промежутки широкие. Голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких. При перкуссии - коробочный звук, опущение нижних границ легких. При аускультации - ослабленное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы на выдохе. ЧДД - 24 в минуту. На глаз видна надчревная пульсация. Верхушечный толчок не виден и не пальпируется. Границы относительной тупости сердца определяются с трудом: правая - в 4 межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая - в 5 межреберье по срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 100 в 1 минуту, малого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В отлогих отделах живота определяется наличие свободной жидкости. Печень плотная, несколько болезненная, пальпируется на 5 см ниже уровня реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 5:

1. Рентгенограмма - прилагается.
2. Общий анализ крови: эр. - $5,3 \times 10^{12}$, Нв - 153 г/л, ц.п. - 0,9; л - $5,5 \times 10^9$, э - 6%, п - 4%, с - 60%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 15 мм/час.
3. Анализ мокроты: прозрачная, вязкая, стекловидная; лейкоцит в небольшом количестве - 15-20 в п/зр., эозинофилы - 5-10 в п/зр., спирали Куршмана ++, кристаллы Шарко-Лейдена +++.
4. ФВД : уменьшение ОФВ 1, увеличение ООЛ и ФОЕ (на 100% и более). После введения бронхолитиков - увеличение ОФВ 1 уменьшение ООЛ и ФОЕ.
5. ЭКГ - прилагается.
6. Кожные аллергические пробы: повышенной чувствительности к стандартному набору аллергенов не выявлено.
7. Иммунологический анализ крови: снижение Т- и увеличение В-лимфоцитов, увеличение количества иммуноглобулинов Е.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 5:

1. Предварительный диагноз: бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая форма, II стадия, тяжелое течение. Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. Легочное сердце. НК II-A. Осложнение: астматический статус I стадии.
2. План обследования: общий анализ крови, определение уровня IgE, анализ мокроты, рентгенография органов грудной клетки и околоносовых пазух, ФВД с проведением фармакологических проб, консультация аллерголога и проведение кожных аллергических проб, ЭКГ.
3. Дифференциальный диагноз проводится:
 - с обструктивным синдромом неаллергической природы (“синдромная астма”)
 - с хроническим обструктивным бронхитом
 - с кардиальной астмой
 - с истероидным нарушением дыхания
 - с механической закупоркой верхних дыхательных путей (обтурационная астма).
4. Тактика лечения: лечение астматического состояния I стадии - проведение гидратации в сочетании с дегидратацией, борьба с ацидозом, бронхолитическая терапия, терапия глюкокортикоидами, муколитические средства; по выведении из астматического статуса лечение обострения бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита.

Задача №6

Больная Ж., 36 лет, заболела остро. Среди ночи появился жидкий водянистый стул, повторная рвота, позже присоединилась слабость, головокружение. Больная обратилась в участковую больницу Раменского района, где был поставлен диагноз “острое пищевое отравление”. Было сделано промывание желудка, введены кордиамин подкожно и в/в 500 мл 5%-раствора глюкозы с витамином С. Состояние больной ухудшилось: участилась рвота до 15-20 раз, жидкий водянистый

стул без счета, беспокоила резкая слабость. Появились судороги конечностей, сильная жажда. Больная в крайне тяжелом состоянии переведена в ЦРБ.

Объективно: акроцианоз и цианоз носогубного треугольника, черты лица заострены, темные круги вокруг глаз, генерализованные судороги. Голос осиплый, тургор кожи снижен (кожная складка расправляется медленно), температура тела 35,5*С, пульс нитевидный, АД - 40/0 мм рт. ст. Язык сухой, обложен сероватым налетом, живот втянут, мягкий, перистальтика усилена. Стул водянистый, типа рисового отвара. Моча не отделяется. Больная в сознании, вялая, в контакт вступает с трудом.

1. Какие дополнительные вопросы следует задать больной для уточнения анамнеза.
2. Поставьте ваш диагноз.
3. Определите степень обезвоживания.
4. Проведите дифференциальный диагноз с пищевым токсикоинфекциями и острой дизентерией.
5. Правильно ли лечил больную врач участковой больницы.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ

1. Уточнить последовательность появления жидкого стула и рвоты, характер испражнений и рвотных масс, наличие или отсутствие патологических примесей в кале, болей в животе, повышение температуры, а также данные эпиданамнеза.
 2. Внезапное появление жидкого водянистого стула без болей в животе, наличие рвоты, не приносящей облегчение и без предшествующей тошноты, быстрое нарастание симптомов обезвоживания на фоне нормальной температуры, а также пребывание больной в регионе, неблагоприятном по холере (вернулась из Астраханской области), дают основание предположить у больной холеру.
 3. Пользуясь таблицей клинико-патогенетической классификации обезвоживания можно диагностировать IУ степень дегидратации: стул свыше 20 раз, судороги конечностей, пульс нитевидный, АД ниже 80 мм рт. ст., симптом “темных очков”, анурия.
 4. Для пищевой токсикоинфекции характерно наличие болей в животе, жидкий стул имеет неприятный запах. Заболевание, как правило, сопровождается лихорадкой. Следует помнить, что при тяжелом течении пищевой токсикоинфекции дегидратация может достигать такой же степени, как при холере. При дизентерии заболевание начинается с появления болей внизу живота или в левой подвздошной области. Стул частый, но скудный, характерна примесь слизи и крови. Больного беспокоят ложные позывы, тенезмы. При пальпации отмечается спазм и болезненность сигмовидной кишки.
- Деятельность врача не удовлетворительная: неправильно оценена тяжесть течения болезни (определяющаяся степенью обезвоживания) и соответственно не была назначена адекватная регидратационная терапия.

Задача №7

Больной М., 46 лет, шофер, заболел остро: 14 декабря повысилась температура тела до 38,5⁰ С, появились катаральные явления. Лечился амбулаторно без особого эффекта. 18 декабря появились неприятные ощущения за грудиной, чувство нехватки воздуха, которые нарастали. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшные, холодные на ощупь. В легких - укорочение перкуторного звука в заднебоковых отделах ниже угла лопатки, в этих областях дыхание ослаблено, влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 22 в минуту. Пульс - 100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см от края грудины, левая - на 3 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, на верхушке - систолический шум. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см, плотноватая.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план дообследования.

4. Назначьте лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 7 :

1. ЭХО-КС - снижение сердечного выброса, полость левого желудочка дилатирована.
2. Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, лейкоц. - $15,1 \times 10^9/л$, эоз. - 4%, пал. - 5%, сегм. - 45%, лимф. - 36%, мон- 9%, СОЭ - 6 мм/час.
3. Сыворотка крови : СРБ ++, КФК - 3,6 ммоль/гл, ЛДГ - 320 Ед/л, АСТ - 36 Ед/л.
4. Общий анализ мочи: уд. вес - 1016, белок - 0,06% , гиалиновые цилиндры - ед. в п/зр.
5. Посев крови стерил.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 7

1. Острый диффузный инфекционно-аллергический миокардит.
2. Дифференциальный диагноз проводится с перикардитом, кардиомиопатией, ревматическим миокардитом, инфарктом миокарда, пороками.
3. План обследования включает: ЭКГ в динамике, эхокардиоскопию, кровь на СРБ, белковые фракции, КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, кровь на противовирусные и противобактериальные антитела, рентгенографию органов грудной клетки, сцинтиграфию, кровь на ЦИК, иммуноглобулины.
4. План лечения: глюкокортикоидные гормоны, НПВС, антибиотики, ингибиторы кининовой системы, средства, улучшающие метаболизм в миокарде, лечение НК, антиаритмическая терапия, антиагреганты, дезинтоксикационная терапия.

Задача №8

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Наметить план лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови : эр. - $4,5 \times 10^{12}$, лейкоц. - $10,5 \times 10^9$, э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час.
2. Свертываемость крови - 3 мин.
3. ПТИ - 100 %.
4. СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гл, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. ИБС: инфаркт миокарда.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на сердечные тропонины, КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
4. План лечения: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

Критерии оценок.

При решении ситуационных задач используются следующие критерии оценки

Количественная оценка	Качественная оценка уровня подготовки
5 «отлично»	-дается комплексная оценка предложенной ситуации; -демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; - последовательное, правильное выполнение всех заданий; -умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
4 «хорошо»	-дается комплексная оценка предложенной ситуации; -демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; - последовательное, правильное выполнение всех заданий; -возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя; -умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
3 «удовлетворительно»	-затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; -неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя; -выполнение заданий при подсказке преподавателя; - затруднения в формулировке выводов.
2 «неудовлетворительно»	- неправильная оценка предложенной ситуации; -отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

При выполнении заданий в тестовой форме обычно используются следующие критерии оценки

Процент результативности (правильных ответов)	Качественная оценка уровня подготовки	
	балл (отметка)	вербальный аналог
90 ÷ 100	5	отлично
80 ÷ 89	4	хорошо
70 ÷ 79	3	удовлетворительно
менее 70	2	неудовлетворительно

При проведении собеседования используются следующие критерии оценки

Количественная оценка	Качественная оценка уровня подготовки
5 «отлично»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.
4 «хорошо»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.
3 «удовлетворительно»	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
2 «неудовлетворительно»	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.