

№ЛД-16

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**УТВЕРЖДЕНО**  
протоколом заседания  
Центрального  
координационного  
учебно-методического  
совета  
«02» апреля 2024 г. № 8

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**по** дисциплине «Поликлинической терапии. Обучающий симуляционный курс 2»  
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденной  
17.04.2024 г.

**для** студентов лечебного факультета

5, 6 курс

**по специальности**

31.05.01 Лечебное дело

**Рассмотрено и одобрено на заседании  
кафедры** От «29» марта 2024г. (протокол № 8

Заведующий кафедрой,  
д.м.н., доцент



Бестаев Д.В.

**г. Владикавказ 2024 г.**

## СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура ОМ
3. Рецензия на ОМ
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
  - вопросы к модулю
  - банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр
  - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
  - экзаменационные билеты

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ  
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ**

на оценочные материалы

по дисциплине **«Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**  
для лечебного факультета **5,6 курс**

по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Оценочные материалы составлены на кафедре **внутренних болезней № 3**

на основании рабочей программы дисциплины **«Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**, утвержденная 17.04.2024 г. и соответствуют требованиям ФГОС 3+ «Лечебное дело»

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулю,
- банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
- экзаменационные билеты

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе **«Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»** и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий/ деловых игр. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимся теоретического материала при текущем контроле успеваемости, промежуточной аттестации. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине **«Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»** способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине **«Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»** могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на лечебном факультете у обучающихся 5,6 курса.

Рецензент:

Председатель ЦУМК

естественно-научных и медицинских дисциплин  
с подкомиссией экспертизы оценочных материалов,  
доцент кафедры химии и физики



Н.И. Бошева

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ  
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ**

на оценочные материалы

по дисциплине **«Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**  
для лечебного факультета **5,6 курс**

по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Оценочные материалы составлены на кафедре **внутренних болезней № 3**

на основании рабочей программы дисциплины **«Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**, утвержденная 17.04.2024 г. и соответствуют требованиям ФГОС 3+ «Лечебное дело»

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулю,
- банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
- экзаменационные билеты

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе **«Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»** и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий/ деловых игр. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимся теоретического материала при текущем контроле успеваемости, промежуточной аттестации. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине **«Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»** способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине **«Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»** могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на лечебном факультете у обучающихся 5,6 курса.

Рецензент:

Главный врач ГБУЗ «Поликлиника №1»  
РСО-Алания



З.В. Мецаева

**Паспорт оценочных материалов по**  
**«Поликлинической терапии. Обучающий симуляционный курс 2»**  
(название дисциплины)

№п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного материала
1	2	3	4
<b>Вид контроля</b>	<b><u>Текущий/Промежуточный</u></b>		
<b>1</b>	Практическая деятельность участкового терапевта поликлиники Диспансеризация больных терапевтического профиля в условиях поликлиники. Принципы реабилитации в амбулаторных условиях	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр, билеты к экзамену
<b>2</b>	Гипертонический синдром	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,

		ПК-16 ПК-20	
<b>3</b>	Синдром болей в левой половине грудной клетки	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	билеты к экзамену
<b>4</b>	Заболевания органов дыхания	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,
<b>5</b>	Синдром болей в животе и диспепсический синдром	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	билеты к экзамену
<b>6</b>	Мочевой синдром	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,

7	Анемический синдром	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	билеты к экзамену
8	Суставной синдром	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,
9	Субфебрилитет и лихорадочный синдром	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	билеты к экзамену
10	Реабилитация в амбулаторных условиях при ИБС, гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни	ОП ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,

\*Наименование контролируемого раздела (темы) или тем (разделов) дисциплины/  
модуля берется из рабочей программы.

## **Вопросы к модулю**

### **Вопросы к модулю №1 (IX семестр)**

1. Организационная деятельность участкового терапевта поликлиники.
2. Виды временной нетрудоспособности.
3. Лечебно-диагностическая деятельность участкового терапевта поликлиники.
4. Реабилитация больных терапевтического профиля в условиях поликлиники.
5. Экспертиза временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи (взрослым, ребенком).
6. Профилактическая деятельность участкового терапевта поликлиники.
7. Диспансеризация – цели и задачи. Группы диспансерного наблюдения.
8. Основные показатели оценки качества и эффективности диспансеризации.
9. Длительная или постоянная утрата трудоспособности. Критерии к определению групп инвалидности.
10. Особенности работы участкового врача-терапевта с подростками
11. Экспертиза временной нетрудоспособности в условиях поликлиники (виды, причины)
12. Онкологическая настороженность в работе участкового врача.
13. Диспансеризация больных с хроническими неинфекционными заболеваниями (ИБС, АГ, БА) в условиях поликлиники.
14. Особенности соматической патологии при беременности.
15. Документы, заполняемые участковым врачом.

### **Вопросы к модулю №2 (IX семестр)**

1. Грипп и острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей. Определение. Диагностика. Лечение.
2. Ангины. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение. Профилактика. Временная нетрудоспособность.
3. Бронхиальная астма. Определение. Этиология, патогенез, классификация.
4. Бронхиальная астма. Клиническая картина. Диагностика.
5. Бронхиальная астма. Дифференциальная диагностика. Дифференциальная диагностика.
6. Бронхиальная астма. Лечение. Временная нетрудоспособность. Диспансеризация. Профилактика. Санаторно-курортное лечение.

7. Острый бронхит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, временная нетрудоспособность, профилактика.
8. Хронический бронхит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, временная нетрудоспособность, диспансеризация, профилактика.
9. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение. Этиология, патогенез.
10. Хроническая обструктивная болезнь легких. Классификация. Клиническая картина.
11. Хроническая обструктивная болезнь легких. Диагностика, дифференциальный диагноз.
12. Хроническая обструктивная болезнь легких. Лечение. Временная нетрудоспособность. Диспансеризация. Профилактика. Санаторно-курортное лечение.
13. Внебольничная пневмония. Определение. Этиология, патогенез.
14. Внебольничная пневмония. Классификация, клиническая картина.
15. Внебольничная пневмония. Диагностика, дифференциальный диагноз.
16. Внебольничная пневмония. Лечение. Временная нетрудоспособность. Профилактика.

### **Вопросы к модулю (X семестр)**

1. Функциональная диспепсия. Классификация. Клиническая картина.
2. Функциональная диспепсия. Критерии диагностики. Дифференциальный диагноз.
3. Функциональная диспепсия. Лечение, течение и прогноз.
4. Хронический гастрит. Этиология и патогенез. Классификация.
5. Хронический гастрит. Клиническая картина.
6. Хронический гастрит. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
7. Хронический гастрит. Лечение. Временная нетрудоспособность. Диспансеризация. Профилактика. Санаторно-курортное лечение.
8. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Определение. Этиология и патогенез. Классификация.
9. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника. Диагностика.
10. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Дифференциальный диагноз.
11. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Лечение. Временная нетрудоспособность. Диспансеризация. Профилактика. Санаторно-курортное лечение.
12. Гастроэзофагеальный рефлюкс (рефлюкс-эзофагит). Определение. Этиология и патогенез.
13. Гастроэзофагеальный рефлюкс (рефлюкс-эзофагит). Клиника. Классификация.
14. Гастроэзофагеальный рефлюкс (рефлюкс-эзофагит). Диагностика. Дифференциальный диагноз.

15. Гастроэзофагеальный рефлюкс (рефлюкс-эзофагит). Лечение. Временная нетрудоспособность. Диспансеризация. Профилактика. Санаторно-курортное лечение.
16. Синдром раздраженного кишечника. Определение. Этиология и патогенез.
17. Синдром раздраженного кишечника. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
18. Синдром раздраженного кишечника. Лечение. Временная нетрудоспособность. Диспансеризация. Профилактика.
19. Хронический панкреатит. Определение. Этиология и патогенез. Классификация.
20. Хронический панкреатит. Клиника. Диагностика.
21. Хронический панкреатит. Лечение. Лечение. Временная нетрудоспособность. Диспансеризация. Профилактика. Санаторно-курортное лечение.
22. Синдромы оперированного желудка. Классификация. Патогенез. Клиника.
23. Синдромы оперированного желудка. Классификация. Патогенез. Клиника.
24. Синдромы оперированного желудка. Диагностика. Лечение. ЭВН. Диспансеризация.
25. Хронические заболевания желчевыводящих путей. Определение. Этиология и патогенез. Классификация.
26. Хронические заболевания желчевыводящих путей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
27. Хронические заболевания желчевыводящих путей. Лечение. ЭВН. Диспансеризация. Течение и прогноз.
28. Желчнокаменная болезнь. Определение. Этиология и патогенез. Определение. Этиология и патогенез.
29. Желчнокаменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение. ЭВН. Диспансеризация.
30. Постхолестестэктомический синдром. Определение. Клиника. Лечение. ЭВН. Диспансеризация.

### **Вопросы к модулю (XI семестр)**

1. Определение, этиология, патогенез ИБС (ишемической болезни сердца). Доказанные факторы риска ИБС. Клиническая классификация ИБС.
2. Определение, патофизиология, классификация стенокардии. Стабильная стенокардия напряжения: определение, клиническая картина, атипичные проявления и эквиваленты стенокардии напряжения. Современная классификация тяжести стенокардии напряжения.
3. Лечение стабильной стенокардии: цели и тактика лечения, основные аспекты немедикаментозного лечения стенокардии, принципы медикаментозного лечения стенокардии (обоснование выбора препаратов и краткая характеристика основных групп лекарственных средств), антиангинальная (антиишемическая) терапия, критерии эффективности лечения.
4. ОКС (острый коронарный синдром): определение, патогенез, методы диагностики, Стратификация риска на основе принципов доказательной медицины. Медикаментозные и хирургические методы лечения ОКС. Тактика ведения больных с ОКС.

5. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Доказанная диагностическая значимость тестов по определению биомаркеров инфаркта миокарда.
6. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: методика проведения, показания и противопоказания, оценка эффективности, осложнения.
7. Осложнения острого инфаркта миокарда: нарушение сердечного ритма и проводимости, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Дресслера, тромбоэмболические осложнения. Клиника, диагностика, лечение.
8. Рациональная фармакотерапия Острой левожелудочковой сердечной недостаточности: цели лечения, общие подходы, выбор медикаментозной терапии (показания к применению и краткая характеристика лекарственных средств), механические способы поддержки кровообращения, особенности лечения ОСН в зависимости от причины декомпенсации.
9. ХСН (хроническая сердечная недостаточность). Определение, принципы диагностики: симптомы, инструментальная и лабораторная диагностика, нагрузочные тесты. Классификация степеней тяжести ХСН (NYHA). Алгоритм постановки диагноза хронической сердечной недостаточности на основе национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН.
10. Цели лечения ХСН, пути достижения этих целей. Немедикаментозное и медикаментозное лечение ХСН на основе принципов доказательной медицины. Показания к госпитализации.
11. Артериальная гипертензия (АГ): определение, патофизиология, клиника, диагностика. Классификация АГ согласно рекомендациям ВНОК. Критерии стратификации риска на основе принципов доказательной медицины.
12. Тактика ведения больных артериальной гипертензией: цели терапии, общие принципы, мероприятия по изменению образа жизни, медикаментозная терапия (выбор антигипертензивного препарата, эффективные комбинации), показания к госпитализации.
13. Неотложные состояния при АГ. Острые осложнения. Дифференцированная экстренная терапия гипертонического криза.
14. Симптоматическая АГ: классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
15. Миокардиты: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
17. Нестабильные стенокардии. Клиника, диагностика, лечение.

### **Вопросы к модулю (XII семестр)**

1. Определение, этиология, патогенез, классификация гломерулонефритов.
2. Верификация диагноза ХГ (жалобы, анамнез, осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования)
3. Дифференциальная диагностика ХГН
4. Показания к госпитализации, лечение ХГН
5. Профилактика, ЭВН, диспансерное наблюдение ХГН.
6. Определение, этиология, патогенез, классификация ХП.

7. Верификация диагноза ХП (жалобы, анамнез, осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования)
8. Показания к госпитализации, лечение ХП.
9. Профилактика, ЭВН, диспансерное наблюдение ХП.
10. ХБП. Определение. Стадии ХБП.
11. Верификация диагноза (жалобы, анамнез, осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования)
12. Показания к госпитализации, лечение ХБП.
13. Профилактика, ЭВН, диспансерное наблюдение ХБП.
14. РА. Определение. Классификация.
15. Верификация диагноза РА (жалобы, анамнез, осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования)
16. Особые клинические синдромы РА.
17. Дифференциальная диагностика РА.
18. Показания к госпитализации, лечение РА
19. Профилактика, ЭВН, диспансерное наблюдение РА.
20. ОА. Определение, форма, локализация, наличие синовита, рентгенологическая стадия, ФК.
21. Верификация диагноза ОА (жалобы, анамнез, осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования)
22. Показания к госпитализации, лечение ОА.
23. Профилактика, ЭВН, диспансерное наблюдение ОА.
24. Анкилозирующий спондилит. Определение. Стадия, активность, индекс ASDAS, ФК, осложнения.
25. Верификация диагноза анкилозирующего спондилита (жалобы, анамнез, осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования)
26. Показания к госпитализации, лечение анкилозирующего спондилита
27. Профилактика, ЭВН, диспансерное наблюдение анкилозирующего спондилита

**Перечень вопросов для подготовки студентов лечебного факультета к экзамену по дисциплине  
«ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ. ОУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС  
2»**

1. Организационная деятельность участкового терапевта поликлиники
2. Гипертонический синдром: возможности обследования в поликлинике для выявления причины АГ, дифференциальный диагноз
3. Виды временной нетрудоспособности
4. НЦД в практике участкового врача-терапевта
5. Лечебно-диагностическая деятельность участкового терапевта поликлиники
6. Гипертоническая болезнь в практике участкового врача-терапевта
7. Реабилитация больных терапевтического профиля в условиях поликлиники
8. Симптоматические артериальные гипертензии в практике участкового врача-терапевта

- 9 Экспертиза временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи (взрослым, ребенком)
10. ИБС. Стенокардия в практике участкового врача- терапевта
11. Профилактическая деятельность участкового терапевта поликлиники
12. ИБС. ОИМ. Догоспитальный период. Тактика ведения больного после выписки из стационара или отделения реабилитации кардиологического санатория.
13. Диспансеризация – цели и задачи. Группы диспансерного наблюдения
14. миокардиты. Ведение больного в условиях поликлиники
15. Основные показатели оценки качества и эффективности диспансеризации
16. Кардиомиопатии ( гипертрофическая и дилатационная) . Тактика врача- терапевта поликлиники при установлении диагноза, ведение больного.
- 17.Длительная или постоянная утрата трудоспособности. Критерии к определению групп инвалидности.
18. Застойная сердечная недостаточность в практике участкового врача- терапевта.
19. Особенности работы участкового врача-терапевта с подростками
20. Пневмонии. Диагностика и лечение в условиях поликлиники. решение вопросов ВТЭ, диспансеризация.
21. Особенности течения и лечения соматических заболеваний в пожилом возрасте.
22. Грипп и другие ОРВИ в практике участкового врача- терапевта
23. Синдром болей в левой половине грудной клетки – экстракардиальные причины ( симпаталгии, заболевания органов брюшной полости, плевральные боли) – диагностика в условиях поликлиники
24. Острый гломерулонефрит – диагностика в условиях поликлиники. Ведение больного после выписки из стационара.
25. Анемический синдром. Обследование больных в амбулаторных условиях.
26. Хронический некалькулезный холецистит в практике участкового врача- терапевта
- 27.Синдром болей в животе. Дифференциальный диагноз основных заболеваний, сопровождающихся данной симптоматикой
28. Хронический пиелонефрит в практике участкового о врача-терапевта 29. Лихорадка неясного происхождения – диагностика в условиях поликлиники
30. Остеоартроз в практике участкового врача- терапевта
31. Экспертиза временной нетрудоспособности в условиях поликлиники ( виды, причины)
32. Подагра в практике участкового врача- терапевта
33. Профилактическая деятельность участкового врача поликлиники: диспансеризация
34. Бронхиальная астма. Введење больного в условиях поликлиники
35. Онкологическая настороженность в работе участкового врача .
36. Хронические бронхиты в практике участкового врача- терапевта
- 37.Диспансеризация больных с хроническими неинфекционными заболеваниями (ИБС, АГ, БА) в условиях поликлиники
38. Ревматоидный артрит в практике участкового врача- терапевта
- 39 Особенности соматической патологии при беременности
40. Заболевания, ассоциированные с НР (гастрит, ЯБ) в практике участкового врача-терапевта

#### **Эталоны ситуационных задач.**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

**Ситуационная задача № 1**

Пациент К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты, на одышку при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что кашель беспокоит в течение последних 7 лет, усиливается преимущественно после частых ОРВИ, назначались антибиотики с положительным эффектом. В течение последних 2 лет стал отмечать одышку при умеренной физической нагрузке. Пациент курит с 17-летнего возраста по 1 пачке сигарет в день. По профессии слесарь, работа связана с частыми переохлаждениями. Ухудшение состояния в течение последних 3 дней, когда вновь усилился кашель с отхождением небольшого количества гнойной мокроты, температура тела повысилась до 37,5 С.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 С. Над легкими при перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 22 в мин. Пульс - 80 в мин. АД - 130 и 80 мм рт.ст,

В общем анализе крови: эритроциты - 4,5 млн, Нв - 145 г/л, ЦП - 0,95, лейкоциты - 10 тыс. (п/я - 5%, с/я - 57%, лимф. - 27%, моноц. - 8%, эоз - 3%), СОЭ - 23 мм/ч. В общем анализе мокроты: лейкоциты - 60-80 в п/зр., макрофаги - много, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы - не найдены, БК и атипичные клетки не обнаружены. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, легочные поля повышенной прозрачности, стенки бронхов уплотнены, корни расширены. ФВД: ЖЕЛ - 57%, ОФВ1 - 64%, после ингаляции беротека: ЖЕЛ - 60%, ОФВ1 - 68%,

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Зав. кафедрой, д.м.н.**

**Бестаев Д.В.**

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»  
Ситуационная задача № 2**

Больная А., 47 лет, учитель французского языка, обратилась в поликлинику с жалобами на возникновение приступов удушья ночью с появлением кашля и выделением слизистой мокроты в небольшом количестве. Во время приступов больная садится на край кровати, ставит горчичники на переднюю поверхность грудной клетки, иногда выходит на улицу или подходит к открытой форточке. Приступы продолжаются 30-40 минут и исчезают.

Заболела 4 года назад, когда весной впервые появились чихание, насморк, слезотечение, зуд в области глаз, чувство саднения за грудиной. По совету врача (соседки) принимала димедрол, тавегил, глазные капли. Самочувствие улучшилось, но подобное состояние беспокоило на протяжении месяца. В последующем ежегодно весной все симптомы заболевания повторялись. В текущем году, наряду с указанными симптомами, однажды ночью проснулась от приступа удушья, сопровождавшегося надсадным кашлем с выделением слизистой вязкой мокроты. В легких, по словам больной, "все свистело". Подобные приступы повторялись каждую ночь. Для купирования приступов принимала эуфиллин, ставила горчичники на область грудной клетки. К утру все явления исчезали. Последний приступ был накануне. Наследственность не отягощена. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Патологических изменений со стороны внутренних органов при осмотре нет. Имеют место заложенность носа и гиперемия глаз.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Наметьте план лечения.

**Зав. кафедрой, д.м.н.**

**Бестаев Д.В.**

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

**Ситуационная задача № 3**

У больного А., 20 лет, с детства отмечается повышенное АД, уровень которого в настоящее время составляет 180-200/110-120 мм рт. ст. Влияние психоэмоциональных факторов отсутствует. Колебаний АД практически нет. Головной боли нет. Нормализовать АД с помощью антигипертензивных препаратов не удается. Слева и справа от пупка выслушивается систолический шум. Общий анализ мочи без патологии.

Назовите предположительную форму артериальной гипертензии и ее вероятную причину у данного больного.

Каков механизм формирования артериальной гипертензии?

Какое исследование следует выполнить для подтверждения или опровержения диагноза?

Какой результат данного исследования подтвердит ваше предположение?

**Зав. кафедрой, д.м.н.**

**Бестаев Д.В.**

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

#### **Ситуационная задача № 4**

Больной М., 63 лет, страдающий бронхиальной астмой, на протяжении нескольких лет принимал препараты глюкокортикоидов. В течение этих лет постепенно увеличивалась масса тела, развился сахарный диабет и артериальная гипертензия.

Назовите форму артериальной гипертензии.

Каковы механизмы формирования артериальной гипертензии при данной патологии?

**Зав. кафедрой, д.м.н.**

**Бестаев Д.В.**

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

#### **Ситуационная задача № 5**

Мужчина 45 лет. С 35-летнего возраста отметил появление внезапных приступов, сопровождающихся резкой головной болью, головокружением, сердцебиением, потливостью, нарушением слуха и выраженной бледностью кожных покровов. Приступы возникали с частотой до 1-2 раз в месяц, провоцировались психоэмоциональным напряжением или обильной пищей и купировались самостоятельно. В последствии во время приступов были выявлены высокие цифры АД

( до 230/130 мм рт ст.). В межкризовый период АД колебалось в пределах 140-160/100 мм рт ст. Последние 2 года отмечает изменение течения заболевания: цифры АД стабилизировались на более высоком уровне, картина кризов стала более сглаженной. За 2 года похудел на 10 кг. С этого же времени стали регистрироваться повышенные цифры глюкозы крови ( до 7,7 ммоль/л), в связи с чем больному был выставлен диагноз сахарного диабета 2 типа. На глазном дне: гипертоническая ангиопатия 2 ст..

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

**Зав. кафедрой, д.м.н.**

**Бестаев Д.В.**

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

### **Ситуационная задача № 6**

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

**ВОПРОСЫ:**

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

**Зав. кафедрой, д.м.н.**

**Бестаев Д.В.**

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

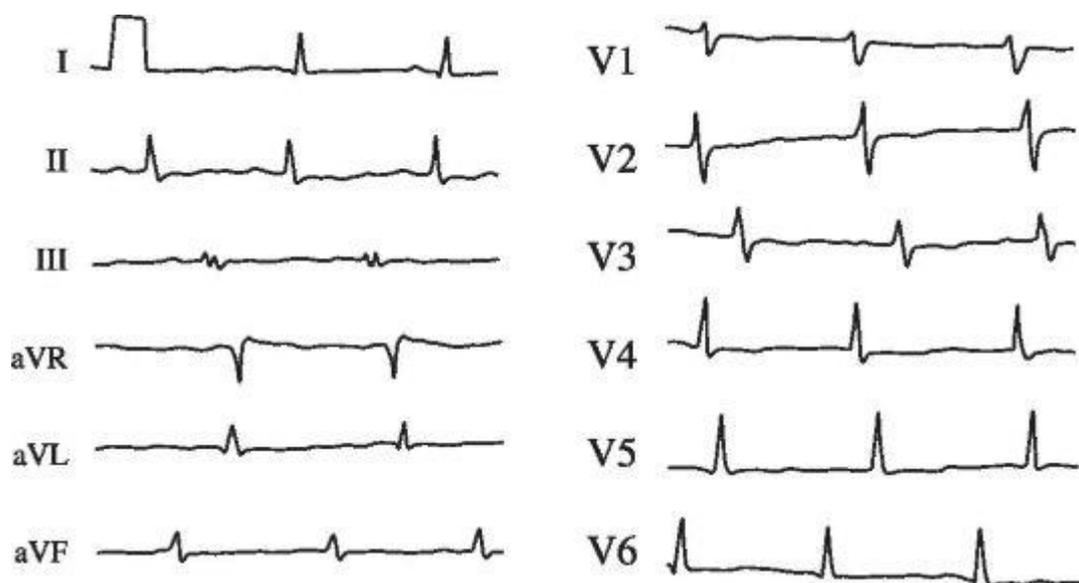
**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

**Ситуационная задача № 7**

Больная Т., 38 лет, переведена в кардиологическое отделение из инфекционной больницы, где находилась в течение 12 дней по поводу энтеровирусной инфекции, протекавшей с явлениями фарингита, гастроэнтероколита и лихорадкой до 38,5 °С. В связи с появлением изме-

нений на ЭКГ переведена в кардиологическое отделение. В детском возрасте перенесла корь, неоднократно ангину. Наследственность не отягощена. При поступлении жаловалась на быструю утомляемость и общую слабость. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7 °С. Число дыхательных движений - 16 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости без изменений. Тоны сердца ритмичные, приглушены, мягкий, дующий систолический шум над верхушкой сердца. Частота сердечных сокращений - 100 в минуту. Пульс не напряжен, ритмичен. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации, особенно по ходу толстой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе без особенностей.

Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $10,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 22 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 59 %, глобулины:  $\alpha_1$  - 3,9 %,  $\alpha_2$  - 10,3 %,  $\beta$  - 10,5 %,  $\gamma$  - 16,3 %, креатин - 88 мкмоль/л, билирубин общий - 14,3 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л; СРБ - «+». Активность, АЛТ и кардиоспецифических ферментов не повышена. Общий анализ мочи без патологии. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, корни структурны, синусы свободны, диафрагма подвижна, сердце и аорта без особенностей. ЭКГ прилагается.



**Рис. 1.** (к задаче ).

1. Сформулируйте предварительный диагноз,
2. Составьте и обоснуйте план обследования больной.
3. Приведите дифференциальный диагноз миокардита с первичным кардитом при ревматической лихорадке.
4. Назначьте лечение больной.
5. Каков прогноз заболевания?

**Зав. кафедрой, д.м.н.**

**Бестаев Д.В.**

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

### **Ситуационная задача № 8**

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110/70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны

сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

**ВОПРОСЫ:**

4. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
5. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
6. Тактика лечения пациента

**Зав. кафедрой, д.м.н.**

**Бестаев Д.В.**

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

### **Ситуационная задача № 9**

Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание. Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи “простудных” заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

Объективно: t тела 37,3° С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

Результаты дополнительного обследования :1. ОАМ : эр. - 5,0x10<sup>12</sup>/л, Нв - 150 г/л, ц.п. - 1,0; тромбоциты - 240x10<sup>9</sup>/л, лейкоциты - 10,0x10<sup>9</sup>/л, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 10 мм/час.

2. Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 4-6 в п/зр., лейкоциты - 15-20 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая

флора.

3. Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, линкомицину.

4. Исследование функции внешнего дыхания: признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дообследования больного.
3. Определите тактику лечения.

**Зав. кафедрой, д.м.н.**

**Бестаев Д.В.**

### **Ситуационная задача № 10**

Больной С, 20 лет, студент. Жалуется на повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при небольшой физической нагрузке, сердцебиения, боли в коленных и локтевых суставах, слабость. В детстве часто болел ангинами. 3 недели назад перенес очередной раз ангину, а 5 дней назад появились вышеуказанные жалобы. При осмотре : Кожные покровы обычной окраски, левый коленный сустав с экссудативными проявлениями, болезненный при пальпации. Миндалины рыхлые, увеличены. Температура тела 37,3 о. Сердце : границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см .Аускультативно : 1 тон на верхушке приглушен, там же нежный систолический шум ( усиливается в положении на левом боку), пульс – 94 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какой объем лабораторных исследований необходимо произвести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение больному
4. Определите прогноз по отношению к воинской службе

**Зав. кафедрой, д.м.н.**

**Бестаев Д.В.**

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

### **Практическое задание/Деловая игра № 1**

1. Заполните листок временной нетрудоспособности Иванову И.И с 1.03- 15.03 с диагнозом: Острый трахеобронхит.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

### **Практическое задание/Деловая игра № 2**

1. Заполните санаторно-курортную карту больному Иванову И.И. с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК II. НК I.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Факультет лечебный**

**Курс 5,6**

**Дисциплина «Поликлиническая терапия. Обучающий симуляционный курс 2»**

### **Практическое задание/Деловая игра № 3**

2. Заполните контрольную карту учета (030/у) больному Иванову И.И. с диагнозом: Хронический холецистит. Артериальная гипертензия II степени, II стадии, риск II.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

№ЛД-16

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

**Кафедра внутренних болезней № 3**

**Эталоны тестовых заданий**

**по** дисциплине «Поликлинической терапии. Обучающий симуляционный курс 2»  
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденной  
17.04.2024г.

**для** студентов лечебного факультета

5, 6 курс

**по специальности**

31.05.01 Лечебное дело

**Рассмотрено и одобрено на заседании  
кафедры** От «29» марта 2024 г. (протокол № 8

Заведующий кафедрой,  
д.м.н., доцент



Бестаев Д.В.

г. Владикавказ 2024 г.

## Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2		3	4
<b>Вид контроля</b>		<b>Текущий /Промежуточный</b>		
1.	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	<b>25</b>	<b>41-44</b>
2.	Модуль 1.(Семестр IX) Организация работы участкового врача поликлиники. ВТЭ	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	<b>47</b>	<b>45-51</b>
3.	Модуль 2.(Семестр IX) Пульмонология	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	<b>36</b>	<b>51-56</b>
4.	Модуль (Семестр X)	ОК-8	<b>48</b>	<b>65-72</b>

	Гастроэнтерология	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20		
5.	Модуль (Семестр XI) Кардиология	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	<b>60</b>	<b>57-65</b>
6.	Модуль (Семестр XI) нефрология, гематология, ревматология	ОК-8 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-11 ПК-16 ПК-20	<b>54</b>	<b>72-85</b>

\*Наименование контролируемого раздела (темы) или тем (разделов) дисциплины/ модуля берется из рабочей программы.

## **Входной контроль уровня подготовки обучающихся**

1. В ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО НЕ ВХОДИТ

- а) оказание медицинской помощи
- б) направление на санаторно-курортное лечение
- в) определение группы инвалидности
- г) выдача листка нетрудоспособности

2. НОРМАТИВНОЕ КОЛИЧЕСТВО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

- а) 1000 человек
- б) 1700 человек
- в) 2500 человек
- г) 5000 человек

3. СИМПТОМЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

- а) Высокое АД (более 220/130 мм. рт. ст.)
- б) Тяжёлое поражение глазного дна
- в) Нарушение функции почек
- г) Гипертоническая энцефалопатия
- д) Все перечисленное

4 МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- а) Ревматизма
- б) Инфекционного миокардита
- в) Бактериального миокардита
- г) Системной красной волчанки
- д) Атеросклероза

5. ИСХОДЫ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ

- а) Клиническое выздоровление
- б) Развитие инфаркта миокарда
- в) Переход в стабильную форму
- г) Внезапная смерть
- д) Всё перечисленное

6.. Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

- 1) артериальная гипотензия;
- 2) пульсовое давление более 30 мм рт. ст.;
- 3) брадикардия;
- 4) олигурия;
- 5) правильно 1 и 4

7. ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) избыточная масса тела
- б) гиперхолестеринемия
- в) психо-эмоциональное напряжение
- г) гиподинамия

8. К базисным средствам у амбулаторных больных при лечении хронической

сердечной недостаточности относят все, кроме:

- 1) ингибиторов АПФ;
- 2) диуретиков;
- 3) сердечных гликозидов;
- 4) бета-блокаторов;
- 5) антагонистов кальция.

9. КРИТЕРИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА (ВОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КАШЛЯ

- а) Не менее 6 месяцев в году в течение 2-х лет подряд
- б) Более 4-х месяцев в данном году
- в) Не менее 3-х месяцев в году в течение 2-х лет подряд
- г) Не менее 2-х месяцев в году в течение 3-х лет подряд

10. ОБ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В АНАЛИЗЕ МОКРОТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

- а) Эозинофилы
- б) Наличие клеток альвеолярного эпителия
- в) Лейкоциты
- г) Бактерии Коха

11. Для бронхиальной астмы характерны:

1 ночные приступы удушья с поверхностным частым дыханием, могут сопровождаться пенистой мокротой

2 приступы удушья с затрудненным выдохом, после окончания приступа выделяется стекловидная вязкая мокрота

3 ослабленное везикулярное дыхание

4 вне приступа в нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые незвучные влажные хрипы

12. ДЛЯ ХОБЛ НЕ ХАРАКТЕРНО

- а) Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком
- б) Инспираторная одышка
- в) Удлиненный выдох
- г) Сухие свистящие хрипы

13. ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ, ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА

- а) При поступлении в стационар
- б) Через 2-3 дня и более после госпитализации
- в) Через 3-5 дней после выписки из стационара

14. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- а) Тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
- б) Схваткообразные боли в правом подреберье при приеме жирной пищи
- в) Постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи
- г) Боли в эпигастрии натощак и через 2-3 часа после приема пищи
- д) Боли через 30 минут после еды

15. ПРИ ГАСТРИТЕ А АНТИТЕЛА ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ

- а) К главным клеткам
- б) К муцинсинтезирующим клеткам
- в) К обкладочным клеткам
- г) К эндокринным клеткам
- д) Ко всем клеткам слизистой оболочки желудка

16. УКАЖИТЕ АНТИСЕКРЕТОРНЫЙ ПРЕПАРАТ, БЛОКИРУЮЩИЙ ПРОТОННУЮ ПОМПУ

- а) Фамотидин
- б) Гастроцепин
- в) Сукральфат
- г) Омепразол
- д) Де-нол

17. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся:

- 1) анализ желудочного сока;
- 2) рентгеноскопия;
- 3) гастроскопия;
- 4) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;
- 5) верно 3) и 4).

18. Хронический гастрит необходимо дифференцировать с:

- 1) язвенной болезнью желудка;
- 2) раком желудка;
- 3) хроническим панкреатитом;
- 4) хроническим холециститом;
- 5) со всем перечисленным.

19. С чего можно начать лечение артрита до установления точного диагноза?

- 1) с сульфаниламидов;
- 2) с антибиотиков;
- 3) с нестероидных противовоспалительных препаратов;
- 4) с преднизолона;

20. При ревматоидном артрите чаще всего поражаются суставы:

- 1) позвоночника;
- 2) коленные;
- 3) межфаланговые;
- 4) крестцово-подвздошного сочленения;
- 5) челюстно-лицевые.

21. Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является:

- 1) олигурия;
- 2) протеинурия;
- 3) артериальная гипертония в сочетании с анемией;
- 4) повышение уровня креатинина в крови;
- 5) гиперлипидемия.

22. В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит?

- 1) 10-14 дней;
- 2) 3 дня;
- 3) неделя;
- 4) месяц;
- 5) 2 месяца.

23. Самой частой причиной железодефицитной анемии у мужчин является:

- 1) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта;
- 2) опухоли предстательной железы;
- 3) алкогольный гепатит;
- 4) гематурическая форма гломерулонефрита.

24. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА

- а) Гипохромная, микроцитарная
- б) Гиперхромная, макроцитарная
- в) Нормохромная, микроцитарная
- г) Гиперхромная, микроцитарная

25. ПАРЕСТЕЗИИ В СТОПАХ, НЕУСТОЙЧИВОСТЬ ПОХОДКИ ПРИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- а) Гипокалиемией
- б) Фуникулярным миелозом
- в) Энцефалопатией
- г) Остаточными явлениями нарушения мозгового кровообращения
- д) Ангиопатией артерий нижних конечностей

**ЭТАЛОНЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ЦИКЛУ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЛЕЧЕБНОМ ФАКУЛЬТЕТЕ СОГМА**

1. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособностью понимают:
  - а) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих
  - б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих
  - в) все случаи заболеваемости, по которым листок нетрудоспособности
  - г) все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности.
2. Листок нетрудоспособности не выдается
  - а) при отпуске для санаторно-курортного лечения
  - б) при уходе за больным членом семьи
  - в) при карантине
  - г) лицам, находящимся в отпуске без сохранения заработной платы
  - д) при бытовой травме.
3. Справка произвольной формы выдается
  - а) при бытовой травме
  - б) при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотреблением алкоголем
  - в) военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью
  - г) трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование.

4. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является
  - а) листок временной нетрудоспособности
  - б) случай временной нетрудоспособности
  - в) первичное заболевание
  - г) впервые выявленное в данном году заболевание
  
5. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является
  - а) листок временной нетрудоспособности
  - б) листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней
  - в) длительность заболевания, превышающая 1 месяц
  - г) характер патологического процесса
  
6. Медицинское значение листка нетрудоспособности состоит в том, что он
  - а) характеризует здоровье работающих
  - б) указывает на характер заболевания
  - в) определяет степень потери трудоспособности
  - г) служит для статистической отчетности по форме № 16
  
7. Больному К. выдан больничный лист с диагнозом: «Острая респираторная вирусная инфекция» с 18.10 по 20.10 с указанием явиться на прием к врачу 20.10. больной пришел на прием лишь 25.10., так как без разрешения врача выезжал за город. При осмотре диагностирована пневмония. Больничный лист должен быть оформлен следующим образом
  - а) продлен с 21.10 с указанием «нарушения режима»
  - б) продлен с 25.10.
  - в) выдан новый больничный лист с 25.10.
  - г) продлен с 25.10 с указанием «нарушения режима».
  
8. При выдаче больничного листка иногородним больным виза администратора лечебного учреждения ставится
  - а) в 1-й день, при выдаче больничного листка
  - б) на 3-й день, при продолжении больничного листка
  - в) на 6-й день, при выписке больного на работу
  - г) виза не ставится
  
9. Работавшему инвалиду III группы в связи с присоединившимся заболеванием или обострением того, которое явилось причиной инвалидности, больничный лист может быть выдан
  - а) на 1 месяц
  - б) на 2 месяца
  - в) на 3 месяца
  - г) на 4 месяца
  - д) на срок, определяемый в зависимости от прогноза.
  
10. Из перечисленных случаев не может рассматриваться как нарушение режима при оформлении больничного листка
  - а) выезд в другую местность
  - б) отказ от госпитализации
  - в) отказ от направления на ВТЭК

- г) неявка в назначенный день на ВТЭК
- д) явка на прием врача в состоянии опьянения.

1. На какой срок назначается постельный режим больному с гриппом при его амбулаторном лечении?

- А) до полного выздоровления
- Б) до нормализации температуры
- В) на первые три дня
- Г) до улучшения самочувствия
- Д) на 5-6 дней

2. Какое из перечисленных утверждений неверно, что при лечении больных гриппом следует назначать антибиотики?

- А) всегда и всем с 1-го дня болезни, чтобы предупредить развитие бактериальной инфекции
- Б) только лицам, имеющим хронические очаги инфекции
- В) при тяжелых формах гриппа, из-за риска развития бактериальной пневмонии
- Г) при лихорадке, сохраняющейся после 5 дней болезни, указывающей на возможность развития бактериальных осложнений

3. Когда следует выписывать больного, перенесшего грипп?

- А) через 5-6 дней от начала болезни
- Б) после исчезновения катаральных явлений
- В) через 3 дня нормальной температуры и при условии исчезновения клинических проявлений гриппа
- Г) после уменьшения клинических проявлений, через день нормальной температуры
- Д) после 5 дней нормальной температуры

4. Какому антибактериальному препарату отдать предпочтение при фолликулярной ангине?

- А) бисептолу
- Б) тетрациклину
- В) фурагину
- Г) левомицетину
- Д) пенициллину

5. Какие средние сроки временной нетрудоспособности при ангине

- А) 5-6 дней
- Б) 10-12 дней
- В) 8-10 дней
- Г) 6-8 дней

6. Грузчик транспорта после фолликулярной ангины выписан на ту же работу на 12 день болезни. Ваше отношение к этому действию врача?

- А) действие правильное
- Б) следовало бы на 2-3 дня увеличить пребывание по временной нетрудоспособности
- В) освободить через КЭК на 7 дней от тяжелой физической работы с сохранением заработной платы
- Г) перевести через КЭК на другую работу сроком на 1 месяц с сохранением заработной платы

7. Подлежит ли диспансерному наблюдению больной, перенесший ангину?

- А) нет
- Б) да, в течение 1 месяца
- В) да, в течение 3 месяцев

Г) да, в течение года

8. Когда после выздоровления осматривается терапевтом больной, перенесший ангину?

- А) через 5 дней и через 10 дней
- Б) через 7-10 дней и через 3 недели после окончания временной нетрудоспособности
- В) через 14 дней и через 3 месяца
- Г) через каждые 3 месяца

9. Укажите этиотропный препарат для лечения больных гриппом

- А) бисептол
- Б) ремантадин
- В) эритромицин
- Г) пенициллин

10. Для какого острого респираторного вирусного заболевания характерно осложнение «ложный круп»?

- А) грипп
- Б) парагрипп
- В) риновирусная инфекция
- Г) аденовирусная инфекция

11. У больного пневмонией отмечается вынужденное положение в постели, цианоз губ, ЧДД до 32 в мин., температура 40° С, физикальные данные четко выражены; рентгенологически процесс захватывает целую долю; пульс 110 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст., тоны сердца приглушены, печень увеличена на 2 см. Лейкоцитоз со сдвигом влево, эозинопения. Протеинурия, цилиндрурия. Увеличение альфа 1-, альфа 2- и гамма-глобулинов. Фибриноген 6,9 г/л. Сиаловая кислота 32- ед., СРБ +++ . Какой тяжести течения пневмонии соответствуют приведенные данные?

- А) легкой
- Б) средней
- В) тяжелой

12. У больного пневмонией ЧДД 24 в мин., интоксикация нерезкая, температура до 38° С, субъективные и объективные признаки воспаления легких выражены умеренно. Рентгенологически процесс локализуется в 1- 2 сегментах доли легкого. Количество лейкоцитов крови нормальное, небольшой сдвиг формулы влево; пульс 90 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст.; на ЭКГ изменения миокарда, увеличение альфа2- глобулинов, сиаловая кислота - 280 ед., фибриноген 5,7 г/л, СРБ ++. Какой тяжести течения пневмонии соответствуют приведенные данные?

- А) легкой
- Б) средней
- В) тяжелой

13. Что должен делать участковый терапевт, если при расспросе и физическом исследовании больного определяется очаговая пневмония в нижней доле левого легкого, лейкоцитоз с нейтрофилезом, СРБ ++, сиаловая кислота 280 ед., но рентгенолог пневмонию не находит:

- А) считать, что у больного острый бронхит и лечить его по этому поводу;
- Б) считать, что у больного пневмония, и соответственно его вести;
- В) вести больного как с пневмонией, но дополнительно исследовать мокроту, белковые фракции, гликопротеиды, серомукоид;
- Г) вести больного как страдающего пневмонией и настаивать сделать дополнительные рентгенологические исследования ( томографию и др.)

14. Когда больному пневмонией назначается ЛФК?

- А) с первого дня болезни

Б) на 3 день после нормализации температуры или снижения его до субфебрильных цифр  
В) в  
период разрешения пневмонии  
Г) после выздоровления

15. Что является критериями выздоровления при пневмонии и основанием для выписки больного на работу?

- А) средние сроки пребывания больных пневмониями по временной нетрудоспособности
- Б) исчезновение рентгенологических изменений
- В) исчезновение жалоб и физикальных данных
- Г) нормализация лабораторных показателей
- Д) исчезновение жалоб, нормализация физикальных, рентгенологических и лабораторных показателей