



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2022 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Производственная (клиническая) практика (базовая часть)»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия
Квалификация (специальность)	врач-терапевт
Форма обучения	очная

Разработчик (и) кафедры факультетской терапии им. проф. В.Я. Гармаша

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
О.М. Урясьев	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой
Ю.А. Панфилов	К.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
С.Н. Трушин	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой фа- культетской хи- рургии
М.Ю. Гольдин	Д.м.н., профессор	ГБУ РО «ОКБ»	зав. пульмонологи- ческим отделением

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
Протокол № 1 от 26.08.2022г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 2 от 01.09.2022г.

Нормативная справка.

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1092 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия"
Порядком организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения практики**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Текущий контроль предполагает контроль ежедневной посещаемости студентами рабочих мест в отделениях медицинской организации и контроль правильности формирования компетенций. При проведении текущего контроля преподаватель (руководитель практики) проводит коррекционные действия по правильному выполнению соответствующей практической манипуляции.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения практики

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет без оценки.

Аттестация по итогам практики проводится на основании сдачи практического навыка в соответствии с перечнем практических умений и навыков, проверки документов (дневник практики, отчет о практических навыках, характеристика, отражающая уровень освоения общепрофессиональных и профессиональных компетенций в период прохождения практики). Все документы обязательно должны быть заверены подписью руководителя практики.

I. Порядок проведения промежуточной аттестации.

Промежуточная аттестация проводится в виде тестового контроля, анализа истории болезни, итоговой аттестации.

II. Оценочные средства

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет без оценки во 2,3 и 4 семестрах в форме устного опроса.

Итоговый контроль предполагает по окончании практики базовой части проведение проверки документов (дневника практики, отчета о практических навыках, характеристики, отражающей уровень освоения профессиональных компетенций в период прохождения практики). Все документы обязательно должны быть заверены подписью руководителя практики от медицинской организации и печатью медицинской организации.

Критерии оценки зачета:

Зачет по практике ставится руководителем практики после проверки дневника с учетом характеристики работы студента и результатов сдачи практических навыков.

«Зачтено» выставляется ординатору если, он полностью выполнил программу практики, прочно использовал на практике усвоенный программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется при видоизменении клинической ситуации, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними практическими навыками и приемами выполнения практических задач в стационаре, поликлинике, БРИТ и приёмном отделении.

«Не зачтено» выставляется ординатору, который не выполнил программу практики, не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки при работе в отделениях, и приёмном отделении, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не овладел практическими навыками. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится ординаторам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по прохождению практики.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-1 Готовность 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 устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-5 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 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи

ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

ПК-9 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Внебольничная пневмония. Основные этиологические варианты. Критерии диагностики, оценка тяжести. Пульсоксиметрия. Ведение больных внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.

2. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагноз и оценка степени тяжести. Лечение ХОБЛ стабильного течения и обострений в соответствии с международными рекомендациями GOLD (2010 г). Бронхолитики. Ингаляционные глюкокортикостероиды. Муколитики. Пролонгированная кислородотерапия.

3. Бронхиальная астма. Определение. Факторы, влияющие на развитие и клинические проявления БА. Механизмы развития. Клиническая картина. Диагностика. Классификация по степени тяжести. Пикфлоуметрия. Критерии контроля над астмой в соответствии с GINA (2014 г). Ступенчатый подход к долгосрочному лечению бронхиальной астмы. Ингаляционные глюкокортикостероиды.

4. Бронхиальная астма. Лечение. Препараты для купирования приступов. Базисная терапия бронхиальной астмы. Профилактика.

5. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностика, лечение, показания и противопоказания к хирургическому лечению, профилактика.

6. Хроническое лёгочное сердце. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение.

7. Нейроциркуляторная дистония. Этиология. Классификация. Клинические синдромы. Критерии диагноза. Лечение. Экстренная помощь при вегетососудистых кризах.

8. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические варианты. Критерии диагноза. Этиологическое, патогенетическое, симптоматическое лечение. Профилактика.

9. Гипертоническая болезнь. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска. Патогенез. РААС. Симпатоадреналовая система. Дисфункция эндотелия. Подходы к классификации (стадия, степень, стратификация риска). Поражение органов-мишеней. Ассоциированные клинические состояния.

10. Антигипертензивная терапия. Тактика долгосрочного медикаментозного контроля артериального давления. Подходы к выбору препарата. Монотерапия и комбинированное лечение. Медикамент и качество жизни. Сопутствующая терапия для коррекции факторов риска.

11. Гипертонические кризы. Факторы риска. Тактика экстренного и неотложного купирования. Показания к госпитализации. Профилактика.

12. Симптоматические гипертензии. Этиология. Классификация. Клиническая картина, лечение.

13. Ишемическая болезнь сердца: этиология, патогенез, дислипидемии, классификация.

14. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Стратификация риска. Лекарственные препараты, улучшающие прогноз. Медикаментозная терапия для купирования симптомов.

15. Острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST. Диагностический алгоритм. Основные направления в лечении (обезболивание, тромболитизис, антиагрегационные средства, β – блокаторы, ИАПФ, нитраты).

16. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клинические проявления. Обструктивный и необструктивный тип. Критерии диагностики. Лечебная стратегия. Возможности хирургической коррекции. Факторы риска неблагоприятного прогноза.

17. Дилатационная кардиомиопатия. Причины развития, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.

18. Фибрилляция предсердий. Основные этиологические факторы. Механизмы развития. Клинические и электрокардиографические проявления. Гемодинамические последствия. Фармакологическая кардиоверсия. Электрическая кардиоверсия. Контроль частоты желудочковых сокращений при фибрилляции предсердий. Профилактика тромбоэмболических осложнений.

19. Хроническая сердечная недостаточность. Определение ХСН. Этиология. Современная классификация. Алгоритм постановки диагноза. Нагрузочные тесты. Основные препараты для медикаментозного лечения. ИАПФ. β – блокаторы. Антагонисты альдостерона. Диуретики. Сердечные гликозиды. Антагонисты рецепторов к ангиотензину-II. Хирургические и электрофизиологические методы лечения.

20. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Факторы риска. Концепции патогенеза. Методы выявления *Helicobacter pylori*. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения язвенной болезни. Лечение. Схемы эрадикационной терапии. Показания к хирургическому лечению. НПВП-гастропатии. Профилактика.

21. Гастриты: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, профилактика.

22. Хронический панкреатит. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение обострения. Показания к хирургическому лечению.

23. Хронический холецистит. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика.

Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение обострения. Показания к хирургическому лечению.

24. Цирроз печени. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Профилактика.

25. Хронические гепатиты. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Профилактика.

26. Хронический колит. Синдром раздражённого кишечника. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Профилактика.

27. Пиелонефриты. Этиология. Факторы риска. Классификация хронического пиелонефрита. Патогенез. Основные клинические синдромы. Осложнения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия. Уросептики. Особенности лечения у беременных.

28. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиническая картина, лечение, диагностика, профилактика.

29. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клинические варианты, клиническая картина, лечение, диагностика, профилактика.

30. Пиелонефриты. Этиология. Факторы риска. Классификация хронического пиелонефрита. Патогенез. Основные клинические синдромы. Осложнения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия. Уросептики. Особенности лечения у беременных.

31. Железодефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз гипохромных анемий. Лечение. Парентеральные и пероральные препараты железа.

32. Гемолитические анемии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение.

33. Мегалобластные анемии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение.

34. Апластические анемии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение.

35. Острые лейкозы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение.

35. Хронические лейкозы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение.

36. Реактивные артриты. Этиология. Патогенез. Классификация. Синдром Рейтера. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

37. Ревматоидный артрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

38. Системная красная волчанка. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

39. Склеродермия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

40. Сахарный диабет. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностические критерии и степени тяжести сахарного диабета. Сосудистые осложнения сахарного диабета. Принципы лечения. Критерии компенсации углеводного обмена. Показания к госпитализации. Инсулинотерапия. Понятие об инсулиновых помпах. Пероральные сахароснижающие препараты (препараты сульфанилмочевины, бигуаниды и др.).

Типовые задания для комплексного оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения)

У постели больной, ординатор демонстрирует способность работать с пациенткой, делая доклад по одному из курируемых больных и показывая один из элементов физикального обследования больной.

Примерный алгоритм доклада:

1. ФИО, возраст
2. Отделение, палата
3. Оценка жалоб, особенностей анамнеза
4. Оценка проведенного ранее физикального осмотра
5. Назначение дополнительного лабораторного, инструментального обследования с обоснованием каждого, интерпретация полученных результатов.
6. Диагноз (структурированный) с обоснованием (по каждому пункту)
7. Назначение лечения с обоснованием каждого пункта.
8. Демонстрация проведения одного элемента из осмотра, наружного обследования, бимануального исследования, ректо-вагинального исследования, возможно выполнение инструментального обследования.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Ситуационные задачи:

Больная Б., 62 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в ребрах, пояснично-крестцовом отделе позвоночника, слабость.

При осмотре в области затылочной кости определяется опухолевидное образование размером 2*2 см, плотное, неподвижное, малоболезненное. Такие же опухолевидные образования, но меньших размеров, имелись в ребрах справа. В анализе крови отмечалась умеренная анемия и увеличенная СОЭ (60 мм/час). В анализах мочи – протеинурия 1,85 г/л. Общий белок – 140 г/л, гамма-глобулины 36%. На рентгенограмме черепа, ребер, тазовых костей выявлен остеопороз и округлой формы дефекты размером от 0,2 до 1,5 см.

- a. Поставьте предварительный диагноз.
- b. Какое исследование необходимо провести для установления точного клинического диагноза?

32-летний мужчина госпитализирован с жалобами на боли в сердце, перебои, обмороки, которые появились полгода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте. При суточном мониторинге ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии. При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 1,7 см, задней стенки левого желудочка - 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу 4,2 см.

- a. Сформулируйте диагноз.
- b. Какой противоаритмический препарат целесообразно назначить больному?
 - Пропранолол.
 - Кордарон.
 - Лидокаин.
 - Хинидин.
 - Новокаиномид.

У больного 46 лет, появились жалобы на жидкий стул с примесью слизи и крови, общую слабость, повышение температуры (37,5⁰). При ректороманоскопии на фоне отека

слизистой оболочки и отсутствия сосудистого рисунка определяется контактная кровоточивость, поверхность слизистой шероховатая, видны эрозии и язвы, сливающиеся между собой. При рентгенологическом исследовании с бариевой клизмой отмечается сужение просвета, сглаживание гаустраций, нечеткость контуров.

Предполагаемый диагноз:

- a. Полип кишки.
- b. Неспецифический язвенный колит.
- c. Доброкачественная опухоль.
- d. Дивертикулез.
- e. Хронический спастический колит.

Больной Г., 20 лет, обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гноной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера – вновь поднялась температура до $38,4^{\circ}\text{C}$. Объективно: температура - $38,4^{\circ}\text{C}$. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс – 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

- a. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
- b. Назовите необходимые дополнительные исследования.
- c. Перечислите возможные осложнения.

Больной И., 26 лет, обратился в поликлинику с жалобами на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Больному легче сидеть, чем лежать. Болен 2-ю неделю. Объективно: температура $37,8^{\circ}\text{C}$. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 7-го ребра перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднелючной линии. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

- a. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
- b. Назовите необходимые дополнительные исследования.

У 55-летнего больного, длительно страдающего мочекаменной болезнью, внезапно появились интенсивные распирающие боли в правой половине живота, озноб, повысилась температура до $39,5^{\circ}\text{C}$, состояние крайне тяжелое, бледен, акроцианоз. АД 80/50 мм рт.ст. Пульс 150 в минуту, нитевидный. Креатинин крови 440 мкмоль/л.

Наличие каких состояний наиболее вероятно у больного?

- a. быстро прогрессирующий гломерулонефрит;
- b. острый пиелонефрит;
- c. острая окклюзия мочевых путей;
- d. острый интерстициальный нефрит;
- e. бактериемический шок.

У больного 46 лет выявлены следующие изменения общего анализа крови: эритроциты – $2,4 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb – 80 г/л, цветной показатель – 1,0, тромбоциты - $60 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $30 \cdot 10^9/\text{л}$, бластные клетки – 55%, пал. – 2%, сегм. – 15%, лимф. – 23%, мон. – 5%. СОЭ – 22 мм/час.

- a. Какие изменения в анализе крови?
- b. Какой диагноз можно поставить по данному анализу?

У 60-летнего мужчины при рентгенологическом исследовании выявлена язва желудка размером 2,5 см.

Какой признак позволяет предполагать злокачественный характер язвы?

- a. снижение массы тела на 5 кг за два месяца;
- b. отсутствие болей в эпигастральной области, несмотря на наличие язвы;
- c. наличие соляной кислоты в желудочном соке при исследовании секретиции тонким зондом;
- d. язва желудка больших размеров;
- e. выявление неровных краев язвенного кратера, асимметричность плотного бугристого вала, обрыв складок слизистой оболочки на границе с этим участком, ригидность прилежащих к нише участков стенки желудка при рентгенологическом исследовании.

48-летняя женщина госпитализирована с жалобами на боли и ограничение движений в межфаланговых суставах кистей. При осмотре в области дистальных межфаланговых суставов выявлены плотные узелки размером 0,5 см, болезненные при пальпации. Суставы незначительно деформированы, движения в них ограничены. При рентгенографии обнаружено сужение суставной щели, остеопороз. Наиболее вероятный диагноз?

- a. Ревматоидный артрит.
- b. Реактивный артрит.
- c. Остеоартроз.
- d. Псориатический артрит.
- e. Болезнь Рейтера.

Больной 50 лет, страдающей ишемической болезнью сердца и ожирением, проведена холецистэктомия. На 5-е сутки появилась одышка, боли в груди, кровохарканье. Температура тела 37,20, артериальное давление 110/70 мм рт.ст. Частота пульса 110 в минуту. При рентгенологическом исследовании обнаружены множественные очаговые тени и однородное затемнение в виде треугольной тени в нижней доле правого легкого.

Ваш предварительный диагноз:

- a. Инфаркт миокарда.
- b. Инфаркт легкого вследствие тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.
- c. Аспирационная пневмония.
- d. Шоковое легкое.

Основные методы лечения.

- a. Введение гепарина внутривенно.
- b. Антибиотики.
- c. Установка кава-фильтра.
- d. Антикоагулянты.
- e. Все перечисленное.

Мужчина, 52 лет, госпитализирован с жалобами на рвоту «кофейной гущи», повторный жидкий дегтеобразный стул в течение суток. Ранее подобных явлений не было. Частота пульса 96 в минуту. Артериальное давление 100/70 мм рт.ст. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружены следы кала черного цвета. Выберите оптимальный метод исследования:

- a. Ректороманоскопия.
- b. Ирригоскопия.
- c. Эзофагогастродуоденоскопия.
- d. Рентгеноскопия желудка.
- e. Лапароскопия.

Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе частые циститы. Объективно: температура 38°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм

рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

- a. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
- b. Назовите необходимые дополнительные исследования.

Мужчина 47 лет в течение двух месяцев жалуется на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м, или при подъеме по лестнице на 3-й этаж. Изредка боли появляются и в покое.

- I. Данный случай стенокардии можно классифицировать как:
 - a. нестабильная стенокардия;
 - b. стабильная стенокардия напряжения;
 - c. вариантная стенокардия;
 - d. впервые возникшая стенокардия.
- II. Стенокардию у этого больного можно отнести к функциональному классу:
 - a. I;
 - b. II;
 - c. III;
 - d. IV;
 - e. функциональный класс определить невозможно.

36-летняя больная с митральным пороком сердца госпитализирована с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, кашель, сердцебиения. При осмотре ортопноэ, число дыханий -30 в мин. В легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Аускультативно I тон на верхушке усилен, тон открытия митрального клапана, пресистолический шум, ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС 126 в минуту. Пульс 86 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. На ЭКГ – фибрилляция предсердий. При ЭХО-КГ размер левого предсердия 5,2 см, левого желудочка в диастолу 5,8 см. Площадь левого предсердно-желудочкового отверстия 1,2 см².

Какую тактику лечения следует выбрать?

- a. пропранолол;
- b. хинидин;
- c. кордарон;
- d. дигоксин;
- e. электроимпульсная терапия.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

55-летний мужчина, страдающий ИБС, госпитализирован с приступом пароксизмальной наджелудочковой тахикардии. Врачом скорой помощи внутривенно введено 10 мг верапамила. При осмотре – ортопноэ, число дыхательных движений – 32 в мин. В легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ослаблены, маятникобразный ритм, частота сердечных сокращений 180 в минуту. АД 70/50 мм рт.ст.

Какую тактику лечения следует выбрать?

- a. массаж каротидного синуса;
- b. верапамил повторно;
- c. новокаиномид;
- d. пропранолол;
- e. кардиоверсия

38-летний больной, страдающий хроническим алкоголизмом госпитализирован с жалобами на повышение температуры тела до 39,2 °С, кашель с гнойной мокротой, боли в правой половине грудной клетки. При рентгенографии выявлен обширный участок инфильтрации легочной ткани с абсцедированием в нижней доле правого легкого.

Какой инфекционный агент, вероятнее всего, является причиной пневмонии?

- пневмококк;
- клебсиелла;
- золотистый стафилококк;
- палочка Пфейффера;
- легионелла.

У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции появились парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение «мурашек», затем возник симптом «руки акушера», боли в мышцах предплечья.

Какое осложнение можно предположить у больной?

- Гипотиреоидная реакция.
- Гипертиреоидная реакция.
- Паратиреоидная недостаточность.
- Гиперпаратиреоз.
- Повреждение блуждающего нерва.

48-летний мужчина, страдающий стенокардией напряжения, госпитализирован с участвующимися приступами болей в сердце, которые возникали в покое и плохо купировались НГ.

Какие положения, касающиеся тактики ведения больного, правильные?

- НГ необходимо вводить в/в капельно по 5-10 мкг/мин;
- к нитратам целесообразно добавить бета-блокаторы;
- показано применение гепарина;
- после завершения лечения гепарином необходим длительный прием аспирина;
- все правильно.

Больная 60 лет, жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость, отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. При пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании.

Ваш предположительный диагноз.

- Узловой токсический зоб.
- Рак щитовидной железы.
- Киста щитовидной железы.
- Абсцесс щитовидной железы.
- Холодная аденома щитовидной железы.

У 19-летнего больного после гриппа появилась стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2 недель состояние пациента ухудшалось, уровень креатинина крови повысился до 352 мкмоль/л, ан. мочи – сплошь эритроциты.

Наиболее вероятный диагноз?

- постинфекционный гломерулонефрит;
- гранулематоз Вегенера;
- синдром Гудпасчера;
- гломерулонефрит при геморрагическом васкулите;
- паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке.

Больной М. 53 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода колебания АД от 120/80 до 170/110 мм рт. ст., сопровождающиеся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз гипертоническая болезнь. Лечился нерегулярно, только

во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лег спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии – 106 см. Лицо гиперемировано. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона во 2-ом межреберье слева от грудины. Левая граница сердца – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.

3. Назначьте лечение.

Больной С. 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжелой физической нагрузки появились подобные жалобы. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 уд/мин, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 18 в мин. Периферических отеков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 уд/мин.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.

3. Назначьте лечение.

Больной А. 68 лет был экстренно направлен врачом-терапевтом участковым в больницу с жалобами на удушье, стеснение в груди, сухой кашель. Анамнез: в течение последних 15 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые внезапно ночью во время сна. Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом губ, акроцианоз. Дыхание хриплое, ЧДД - 40 в минуту. В легких по всем полям выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД - 180/120 мм рт. ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. Тоны сердца ослаблены, акцент II тона над легочной артерией. Печень не пальпируется, отеков нет. Температура тела нормальная. На ЭКГ - Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, RV4<RV5>RV6, высокий RaVL (>11 мм), RV5+SV2 = 41 мм.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.

3. Назначьте лечение.

Больной К. 48 лет обратился в поликлинику с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приемом 1-2 таблеток нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, учащенное сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной

курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя - III межреберье, левая - на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС - 82 удара в мин. АД - 135/85 мм рт. ст. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липидный спектр крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды - 1,7 ммоль/л; холестерин ЛПВП - 0,9 ммоль/л, ЛПНП - 2,4 ммоль/л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС - 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка - 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде. Коронароангиография: стеноз верхней трети левой коронарной артерии - 80%, средней трети огибающей артерии - 80%.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите известные Вам факторы риска ССЗ модифицируемые и немодифицируемые.

3. Назначьте лечение.

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2019 г. по 14.09.2019 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2019 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации. Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал эналаприл 5 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 54 лет. Работает машинистом башенного крана. При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии. В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак - 4,5 ммоль/л. ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ - 48%. 30.09.2016 г. явился на приём в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка. Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 37 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС - 70 уд. в мин., АД - 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Прокомментируйте результаты физикального исследования и дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.

3. Назначьте лечение.

Мужчина 25 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°C, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°C. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2–37,4°C, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован. При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ – 18 кг/м². Температура тела – 38,9°C. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2-го тона на а. pulmonalis. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – $15,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови – 29 г/л, креатинин – 66 мкмоль/л, СКФ – 92 мл/мин/1,73м², СРБ – 120 мг/л (в норме – до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения. При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. aureus*, чувствительный к оксациллину, цефтриаксону. Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.

3. Назначьте лечение.

Больная В. 40 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отёки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отёки голеней и стоп. ЧДД – 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах – небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца – на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. При аускультации на верхушке сердца I тон ослаблен, систолический шум, акцент II тона на а. pulmonalis. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС – 103 удара в минуту. АД – 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт ненапряжённого асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, край её закруглён, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.

3. Назначьте лечение.

Больной Р. 59 лет, водитель. Накануне вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170/90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отёков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕПІ) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм в I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм в II, III, AVF.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.
3. Назначьте лечение.

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

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.
3. Назначьте лечение.

Критерии оценки зачета:

«Зачтено» выставляется ординатору если, он полностью выполнил программу практики, прочно использовал на практике усвоенный программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется при видоизменении клинической ситуации, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними практическими навыками и приемами выполнения практических задач в стационаре, поликлинике, БРИТ и приёмном отделении.

"Не зачтено" выставляется ординатору, который не выполнил программу практики, не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки при работе в отделениях, поликлинике, БРИТ и приёмном отделении, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не овладел практическими

навыками. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится ординаторам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по прохождению практики.