

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»**

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ЧОУ ВО «СМСИ»
Е.Н.Гисцева

Приказ № 01- О 12 августа 2025г.

Фонд оценочных средств

Б1.О.05 (П) Практика терапевтического профиля

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

квалификация: врач-лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Нормативно-правовые основы разработки и реализации оценочных средств по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01, Лечебное дело (уровень специалитета), утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 988
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Устав и локальные акты Институт

1. Общие положения

Цели производственной практики – практика терапевтического профиля:

- закрепить теоретические знания, умения и навыки по клиническому и лабораторному обследованию больных, постановке диагноза, лечению, оказанию неотложной помощи, освоить основы организации лечебно-профилактической помощи, приобрести знания в области этики и деонтологии;

- психологическая и практическая подготовка к будущей профессии (приобретение социально-личностных компетенций), путем приобщения к социальной среде медицинских организаций

Задачи производственной практики терапевтического профиля:

- изучить основы организации труда медицинского персонала в отделениях терапевтического профиля, определение функциональных обязанностей и оптимального алгоритма их осуществления;

- изучить основы ведения учетно-отчетной медицинской документации в отделениях терапевтического профиля, проведением экспертизы трудоспособности; ведением деловой переписки (служебные записки, докладные, письма и т.д.);

- закрепить полученные при обучении в ВУЗе теоретические знания и совершенствование практических навыков и умений по диагностике заболеваний и патологических у взрослого населения;

- овладеть умениями лечения и оказания первой помощи при неотложных состояниях у взрослого населения с использованием терапевтических методов;

- овладеть алгоритмами работы с медикаментозными средствами с соблюдением правил их хранения;

- овладеть умениями при проведении профилактики заболеваний среди взрослого населения, формирование у них и их родственников мотивации к сохранению и укреплению здоровья;

- совершенствовать навыки межличностного общения и деонтологии.

2. Перечень планируемых результатов обучения при прохождении производственной практики, Практика терапевтического профиля

Код и наименование компетенции выпускника	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты практики
Профессиональные компетенции		
ПК-2 Способен к участию в оказании медицинской	ИПК-2.2. Умеет оказать медицинскую помощь в неотложной	Знать: - основные этапы работы врача стационара терапевтического профиля; - принципы диагностики, дифференциальной диагностики, терапии, первичной и вторичной

помощи в экстренной форме	форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента	профилактики и реабилитации при заболеваниях внутренних органов у взрослых. Уметь: - обследовать взрослого пациента с патологией внутренних органов; - оценивать данные опроса и осмотра пациента. - выделить основные синдромы и симптомы, сформулировать предварительный диагноз; - составить и обосновать план обследования; - провести дифференциальную диагностику заболевания; - сформулировать клинический диагноз основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний; - дать рекомендации по проведению лечебно-профилактических мероприятий; - провести лечение пациента с патологией внутренних органов под руководством врача; - проводить санитарно-просветительскую работу среди пациентов терапевтического стационара. Владеть: - сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни; - осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация; - оформление медицинской документации; - оценка показателей лабораторных исследований крови, мочи, мокроты, кала. - регистрация и расшифровка ЭКГ; - интерпретация рентгенологических, функциональных, ультразвуковых, эндоскопических методов исследования; - определение группы крови и резус-фактора; - проведение лечения взрослого пациента с оценкой эффективности и безопасности подобранной терапии под контролем врача; - сбор и обработка информации, проведения аналитической работы в условиях стационара; - проведение индивидуальных и групповых бесед, обучающих презентаций среди пациентов терапевтического стационара.
---------------------------	---	---

3. Перечень тем для санитарно-просветительской работы в рамках Практики терапевтического профиля

1. Принципы рационального питания при ишемической болезни сердца и атеросклерозе.
2. Принципы рационального питания при сахарном диабете.
3. Принципы рационального питания при циррозе печени.
4. Вред курения и способы избавления от никотиновой зависимости.

5. Принципы рационального питания при гастрите и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
6. Лечебная гимнастика при остеоартрите.
7. Лечебная гимнастика при ревматоидном артрите.
8. Лечебная гимнастика при анкилозирующем спондилите.
9. Вред алкоголя при заболеваниях внутренних органов.
10. Негативное влияние табакокурения на организм человека.
11. Профилактика туберкулеза легких.
12. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.
13. Принципы профилактики пищевых токсикоинфекций.
14. Принципы профилактики кишечных инфекций.
15. Гипоаллергенный быт и диета.

4. Перечень практических навыков по практике

1. Сбор жалоб и анамнеза
2. Оценка антропометрических показателей, расчет и оценка индекса массы тела, окружности талии, экскурсии грудной клетки
3. Определение группы крови и резус фактора
4. Осмотр, перкуссия, аускультация легких и сердца. Анализ перкуторной и аускультативной картины
5. Осмотр, перкуссия, аускультация, пальпация живота. Определение размеров печени, селезенки, высоты стояния большой кривизны желудка. Анализ полученных данных.
6. Осмотр, пальпация и оценка функциональных тестов опорно-двигательного аппарата: оценка экскурсии грудной клетки, подвижности отделов позвоночника: тесты Отто, Шобера, Томайера, Кушелевского 1,2,3, латерального сгибания, «затылок-стена», «подбородок – грудина» и др. Анализ полученных данных.
7. Оценка риска падений и тестов оценки физической функции мышечной системы: «встань и иди», «тандем тест» в статике и динамике, тест вставания со стула
8. Запись и анализ ЭКГ
9. Присутствие при проведении и анализ результатов оценки функции внешнего дыхания
10. Проведение и анализ результатов теста с 6-минутной ходьбой.
11. Проведение и анализ результатов пульсоксиметрии
12. Проведение и анализ результатов пикфлоуметрии
13. Оценка данных лабораторных исследований
14. Оценка скорости клубочковой фильтрации. Анализ полученных данных.
15. Оценка индивидуального абсолютного 10-летнегориска переломов, обусловленных остеопорозом, с помощью онлайн-калькулятора FRAX.
16. Заполнение медицинской документации (первичного осмотра, дневников в истории болезни, выписных документов).

17. Посещение отделения физиотерапии. Оценка техники безопасности при проведении процедур волновой и электротерапии. Оценка показаний и противопоказаний к проведению физиопроцедур.

18. Оценка данных рентгенологических исследований

19. Оценка данных эндоскопических исследований. Анализ полученных данных

20. Оценка индивидуального 10-летнего риска фатальных сердечно-сосудистых событий по алгоритму SCORE.

21. Присутствие при плевральной, стеральной пункции или лапароцентезе. Написание протокола процедуры с оценкой показаний, противопоказаний, методов анестезии и пр.

22. Проведение образовательной работы для пациентов: беседа, лекция, буклет.

5. Тестовые задания

1. При купировании длительного ангинозного статуса у больного инфарктом миокарда повторно были применены морфин и дроперидол. Какое побочное действие этих препаратов наиболее серьезно:

*угнетение дыхательного центра

тошнота вздутие живота

сонливость

2. Наиболее значимым фактором риска развития хронических бронхо-легочных заболеваний является

*курение

частые вирусные инфекции дыхательных путей

загрязнение воздуха

гиперреактивность бронхов

3. Для II стадии астматического статуса наиболее характерно:

*начало формирования синдрома «немного лёгкого»

развитие тахикардии и гипотонии

возникновение цианоза

развитие дыхательного алкалоза

4. При III стадии астматического статуса первично рациональным в лечении является:

*перевод больного на управляемое дыхание

введение преднизолона внутрь > 1000 мг в сутки

введение препаратов, разжижающих мокроту

введение сердечных гликозидов

5. Какой из перечисленных методов наиболее эффективен в верификации гипертрофии миокарда левого желудочка:

*ЭХО-КГ
ЭКГ
велозргометрия
коронарография

6. Самое опасное для жизни осложнение пневмоний:

*инфекционно-токсический шок
абсцесс лёгких
плеврит
перикардит

7. Ориентировочные сроки назначения антибиотиков при пневмонии:

*до 4-5 дней стойко нормальной температуры тела
до нормализации температуры
до полного рассасывания инфильтрата в лёгком
до нормализации СОЭ

8. Какое осложнение наблюдается при мерцательной аритмии?

*тромбоэмболический синдром
инфаркт миокарда
гипертонический криз
острая правожелудочковая недостаточность

9. В приёмное отделение доставлен больной с жалобами на сердцебиение. При обследовании его выявлен дефицит пульса. Какое из нижеприведённых нарушений ритма соответствует этому феномену:

*фибрилляция предсердий
синусовая аритмия
предсердная экстрасистолия
миграция водителя ритма по предсердиям

10. Какой метод помогает верифицировать коронарную недостаточность у больного без чёткой клинической картины:

*коронарография
ЭКГ в покое
ЭКГ с велозргометрией
ЭХО-КГ

11. Какой клинический симптом наиболее характерен для альвеолярного отёка лёгких:

*выделение пенистой, розовой мокроты
влажные хрипы в лёгких
сухие хрипы в лёгких
удушье смешанного характера

12. Больной в первые сутки q-инфарктом миокарда внезапно потерял сознание, захрапел. Что вы заподозрите:

*фибрилляцию желудочков

ТЭЛА

расслаивающую аневризму аорты

острую левожелудочковую недостаточность

13. Изменением в крови, характерным для острой стадии инфаркта миокарда, является

*увеличение уровня тропонина

увеличение активности амилазы

снижение коэффициента де Ритиса

увеличение активности гамма-глутамилтрансферазы

14. Оценка эффективности стартовой антибактериальной терапии проводится через _ часа с момента от начала лечения

*48-72

12-24

25-36

6-11

15. Оптимальная концентрация холестерина для здоровых лиц

*до 5 ммоль/л

до 6 ммоль/л

до 7 ммоль/л

до 8 ммоль/л

16. Типичная форма инфаркта миокарда – это

*ангинозная

церебральная

аритмическая

астматическая

17. Для постинфарктного периода характерно наличие на экг

*глубокого зубца «Q»

монофазной кривой двухфазного зубца «R»

отрицательного зубца «R»

18. Для диагностики функционального класса хронической сердечной недостаточности наиболее простым и информативным методом является

*дистанция 6-минутной ходьбы

взвешивание

Эхо-КГ

велозергометрия

19. Основной признак инфекционного эндокардита на эхо-кг
*вегетации на створках клапанов
аневризма левого желудочка
аортальная недостаточность
аортальный стеноз

20. К показаниям для назначения глюкокортикоидов при остром
гломерулонефрите относят
*остронефритический синдром
острая почечная недостаточность
хроническая почечная недостаточность
мочевой синдром

21. При выявлении у больного синкопальных состояний, бледности,
грубого систолического шума во 2 межреберье справа следует думать о
наличии
*аортального стеноза митральной
недостаточности митрального стеноза
аортальной недостаточности

22. Для синдрома цитолиза при хроническом гепатите любой этиологии
характерно
*повышение уровня трансаминаз
повышение уровня щелочной фосфатазы
повышение уровня холестерина
повышение уровня прямого билирубина

23. Печеночно–клеточная функция при циррозе печени оценивается по
шкале
*Чайлд–Пью Уилсона–
Коновалова Бадда–Киари
Шерешевского – Тернера

24. Ведущий критерий нефротического синдрома
*протеинурия > 3,5 г/л в сочетании с гипоальбуминемией
протеинурия > 3,5 г/л в сочетании с гиперальбуминемией
наличие в моче белка Бенс-Джонса
протеинурия < 3,5 г/л в сочетании с гипоальбуминемией

25. Ключевым методом диагностики пневмоний является
*рентгенография органов грудной клетки
фибробронхоскопия
компьютерная томография
исследование функции внешнего дыхания

26. Основной медикаментозный метод патогенетической терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST больных, поступающих не позднее 6 часов от начала заболевания

- *тромболитическая терапия
- внутривенная инфузия гепарина
- внутривенная инфузия селективных бета-блокаторов
- внутривенная инфузия нитроглицерина

27. Повышение концентрации тропонинов у больных инфарктом миокарда определяется в течение

- *7-14 дней
- 3-5 дней
- 12-24 часов
- 2-3 месяцев

28. У больных с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, длительный прием низких доз ацетилсалициловой кислоты

- *уменьшает риск повторных ИМ
- уменьшает риск повторных ИМ только у мужчин
- не влияет на прогноз
- рекомендуется только для больных с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа

29. Кардиоспецифичным изоферментом является

- *креатинфосфокиназа
- МВ аспарагиновая трансаминаза
- креатинфосфокиназа ВВ
- лактатдегидрогеназа-3

30. При пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень

- *амилазы
- липазы
- глюкозы
- щелочной фосфатазы

31. Достоверным признаком отличия первой стадии астматического статуса от приступа бронхиальной астмы является

- *рефрактерность к использованию ингаляционных бета-2-агонистов
- появление цианоза носогубного треугольника
- аускультация свистящих хрипов
- изменение гемодинамических показателей

32. Наличие какого признака обязательно для верификации диагноза пневмонии

*очагово-инфильтративные изменения по результатам рентгенологического исследования
фебрильная температура тела
аускультативное определение влажных мелкопузырчатых хрипов или крепитации
лейкоцитоз или лейкопения в общем клиническом анализе крови

33. Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома

*суточная протеинурия более 3,5 г
сывороточный альбумин ниже 30 г/л
гиперхолестеринемия отёки

34. Какой признак отличает пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек

*отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки
стойкая артериальная гипертензия
развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
выраженная уремическая интоксикация

35. Уменьшение размеров почки, деформация лоханочно-чашечной системы, контуры малых чашечек неровные, облитерация мелких сосудов коркового вещества почки наиболее характерны

*для сморщенной почки
для туберкулеза почек
для гипоплазии почки
для опухоли почки

36. Пикфлоуметрия позволяет

*оценить вариабельность ПСВ в течение промежутка времени
оценить функцию внешнего дыхания у детей до 2 лет
оценить ФЖЕЛ
оценить ОФВ1

37. Характерными изменениями спирометрических показателей при обострении бронхиальной астмы является

*снижение скорости форсированного выдоха за первую секунду
снижение форсированной жизненной емкости легких
увеличение индекса Тиффно
снижение мощности вдоха

38. «Золотым стандартом» диагностики цирроза печени является

*биопсия печени
спленопортометрия
сцинтиграфия печени УЗИ

органов брюшной полости

39. Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии является

*инсульт

инородное тело бронхов

внебольничная пневмония

бронхогенный рак с метастазами

40. Во время фибробронхоскопии можно диагностировать

*центральный рак легкого

бронхиальную астму

абсцесс легкого

кисты легкого

41. Через сколько часов пребывания в стационаре развивается

Нозокомиальная пневмония

*48 ч

24 ч

1 ч

6-8 ч

42. Основным диагностическим методом, позволяющим обнаружить

кисту легкого, является

*рентгенография и компьютерная томография легкого

бронхоскопия

бронхография

радиоизотопное сканирование легких

43. Какое из нарушений метаболизма наиболее всего предрасполагает к развитию остеоартроза

*ожирение

дислипидемия

гипертиреоз

акромегалия

44. К базисным средствам лечения астмы относятся

*антилейкотриеновые препараты

антигистаминные препараты

кромогликаты

муколитики

45. Каков целевой уровень артериального давления у большинства пациентов с артериальной гипертензией

*менее 140/90 мм рт. ст.

менее 120/70 мм рт. ст.

менее 130/80 мм рт. ст.

менее 150/90 мм рт. ст.

46. Показания для госпитализации больных артериальной гипертонией (АГ)

*рефрактерная к комбинированной терапии АГ

АГ, выявленная у больного в возрасте моложе 20 лет

АГ, возникшая у больного старше 65 лет

обнаружение у больного АГ кардиомегалии

47. Артериальная гипертония I степени в мм рт. Ст., по классификации рекомендованной экспертами ВОЗ/МОГ

*систолическое АД 140-159, диастолическое - 90-99

систолическое АД ниже 140, диастолическое - ниже 90

систолическое АД 140-159, диастолическое - 94-100

систолическое АД 160-180, диастолическое - 94-100

48. Кожные покровы при кардиогенном шоке

*бледные, влажные

цианотичные, сухие

бледные, сухие

розовые, влажные

49. Для истинного кардиогенного шока характерен

*метаболический ацидоз

метаболический алкалоз

может развиваться как ацидоз, так и алкалоз

кислотно-щелочное равновесие существенно не изменяется

50. Тромбоэндокардит при инфаркте миокарда чаще развивается

*при развитии аневризмы левого желудочка

при длительном постельном режиме

при чрезмерно ранней активизации больных

при дисфункции папиллярных мышц

51. Наиболее эффективный метод диагностики вазоренальной гипертензии

*почечная артериография

УЗИ почек

радиоизотопная ренография

сцинтиграфия почек

52. Для ХОБЛ тяжёлого течения характерны следующие показатели ФВД

*ОФВ1/ФЖЕЛ < 0.70; ОФВ1 < 30% от должного или ОФВ1 < 50% от должного в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; ОФВ1 >60% от должного
ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; 50% < ОФВ1 < 70% от должного
ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; 60% < ОФВ1 < 80% от должного

53. Назовите один из основных клинических критериев хронической болезни почек

*альбинурия/протеинурия
снижение концентрационной
функции почек гематурия
цилиндрурия

54. Каким больным с гипертонической болезнью показано проведение немедикаментозного контроля артериального давления

*молодые больные АГ I ст. в течение 6-12 мес.
больные АГ с наличием поражений органов-мишеней
больные с коронарным риском 20% и более при сохранении АД в пределах 140/90 мм рт ст и выше
больные с коронарным риском менее 20% при сохранении АД выше 160/95 мм рт ст

55. Улучшают прогноз у больных ибс, перенесших инфаркт миокарда

*бета-блокаторы
нитраты
дигидропиридиновые антагонисты кальция
дигоксин

56. Назначение прямых антикоагулянтов показано

*всем больным инфарктом миокарда в острый период
только больным с передним инфарктом миокарда
только пациентам с крупноочаговым инфарктом миокарда
только при анамнестическом указании на перенесенный тромбофлебит нижних конечностей у больных инфарктом миокарда

57. Для урежения частоты сердечных сокращений при Пароксизмальной фибрилляции предсердий у больных с Инфарктом миокарда можно использовать

*бета-блокаторы ивабрадин сердечные гликозиды пропafenон

58. Начальная доза введения допамина у больного инфарктом миокарда

*5 мкг/кг/мин
10 мкг/кг/мин
Болюсное введение 100 мкг
2 мкг/кг/мин

59. Наиболее доказанным эффектом антикоагулянтов у больных инфарктом миокарда является

- *снижение частоты тромбоэмболических осложнений антиангинальное действие. ограничение зоны инфаркта
- уменьшение частоты реинфаркта

60. У больных, перенесших инфаркт миокарда, длительный прием аспирина

- *уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда

не влияет на прогноз

- уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у женщин
- благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан