

**ЧАСТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ №1»**

**СОГЛАСОВАНО:**  
Главный врач ЕБУЗ СК «ГКП №5»  
г. Ставрополя  
И.Н. Головкин /  
31.08.2023 г.



**УТВЕРЖДАЮ:**  
Директор ЧПОУ «СМК №1»  
/ М.Н. Трошина /  
Приказ №014/ОД от 31.08.2023 г.



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ПО ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по программе подготовки специалистов среднего звена

по специальности

31.02.01 Лечебное дело

Квалификация: Фельдшер

Форма обучения - очная

Ставрополь, 2023

## Содержание

1. Паспорт фонда оценочных средств
2. Результаты освоения программы подготовки специалистов среднего звена
3. Организация итоговой аттестации
4. Критерии оценки итоговой аттестации

## **1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

Фонд оценочных средств предназначен для оценки результатов освоения ППСЗ в соответствии с ФГОС по специальности СПО 31.02.01 Лечебное дело в части освоения видов профессиональной деятельности (ВПД): *осуществление профессионального ухода за пациентами; осуществление лечебно-диагностической деятельности; осуществление медицинской реабилитации и абилитации; осуществление профилактической деятельности; оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации; осуществление организационно-аналитической деятельности.*

Итоговая аттестация является частью оценки качества освоения программы подготовки специалистов среднего звена (ППСЗ) по специальности 31.02.01 Лечебное дело и является обязательной процедурой для выпускников, завершающих освоение ППСЗ.

Видом итоговой аттестации выпускников специальности 31.02.01 Лечебное дело является государственный экзамен (ГЭ). Этот вид испытаний позволяет наиболее полно проверить освоенность выпускником профессиональных компетенций, готовность выпускника к выполнению видов деятельности, предусмотренных ФГОС СПО.

К итоговым аттестационным испытаниям, входящим в состав итоговой аттестации, допускаются обучающиеся, успешно завершившие в полном объеме освоение ППСЗ по специальности 31.02.01 Лечебное дело.

Необходимым условием допуска к ИА является представление документов, подтверждающих освоение выпускниками общих и профессиональных компетенций при изучении теоретического материала и прохождении практики по каждому из основных видов профессиональной деятельности.

## **2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА**

Результатом освоения программы подготовки специалистов среднего звена является готовность обучающегося к выполнению следующих видов профессиональной деятельности: осуществление профессионального ухода за пациентами; осуществление лечебно-диагностической деятельности; осуществление медицинской реабилитации и абилитации; осуществление профилактической деятельности; оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации; осуществление организационно-аналитической деятельности и составляющих их профессиональных компетенций, а также общие компетенции, формирующиеся в процессе освоения ППСЗ в целом.

В результате оценки осуществляется проверка сформированности следующих компетенций:



ПК 1.1. Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов.

ПК 1.2. Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации.

ПК 1.3. Осуществлять профессиональный уход за пациентами с использованием современных средств и предметов ухода.

ПК 1.4. Осуществлять уход за телом человека.

ПК 2.1. Проводить обследование пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений.

ПК 2.2. Назначать и проводить лечение неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений.

ПК 2.3. Осуществлять динамическое наблюдение за пациентом при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента.

ПК 2.4. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами.

ПК 3.1. Проводить доврачебное функциональное обследование и оценку функциональных возможностей пациентов и инвалидов с последствиями травм, операций, хронических заболеваний на этапах реабилитации.

ПК 3.2. Оценивать уровень боли и оказывать паллиативную помощь при хроническом болевом синдроме у всех возрастных категорий пациентов.

ПК 3.3. Проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий и лиц из группы социального риска.

ПК 4.1. Участвовать в организации и проведении диспансеризации населения фельдшерского участка различных возрастных групп и с различными заболеваниями.

ПК 4.2. Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения.

ПК 4.3. Осуществлять иммунопрофилактическую деятельность.

ПК 4.4. Организовывать среду, отвечающую действующим санитарным правилам и нормам.

ПК 5.1. Проводить обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации.

ПК 5.2. Назначать и проводить лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации.

ПК 5.3. Осуществлять контроль эффективности и безопасности проводимого лечения при оказании скорой медицинской помощи в



экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации.

ПК 6.1. Проводить анализ медико-статистической информации при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

ПК 6.2. Участвовать в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

ПК 6.3. Контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении персонала;

ПК 6.4. Организовывать деятельность персонала с соблюдением психологических и этических аспектов работы в команде.

ПК 6.5. Вести учетно-отчетную медицинскую документацию при осуществлении всех видов первичной медико-санитарной помощи и при чрезвычайных ситуациях, в том числе в электронной форме.

ПК 6.6. Использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" в работе.

ПК 6.7. Осуществлять защиту персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну.

ОК 01. Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам;

ОК 02. Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности;

ОК 03. Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях;

ОК 04. Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде;

ОК 05. Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста;

ОК 06. Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения;

ОК 07. Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях;

ОК 08. Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности;

ОК 09. Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.



### **3. ОРГАНИЗАЦИЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

#### **3.1. Форма итоговой аттестации**

Формой проведения итоговой аттестацией является государственный экзамен.

#### **3.2. Организация итоговой аттестации**

Программа государственного экзамена и форма его проведения, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций рассматривается Педагогическим советом Колледжа, утверждается директором и доводится до студентов не позднее, чем за шесть месяцев до проведения государственного экзамена.

Студентам создаются необходимые для подготовки условия, проводятся установочные лекции и консультации, график проведения которых составляется на основе графика учебного процесса и согласовывается с заместителем директора по УМР и утверждается директором.

Преподавателями Колледжа на основе программы государственного экзамена разрабатываются экзаменационные билеты, которые печатаются на бланках установленной формы, подписываются и утверждаются директором. Контрольное задание государственного экзамена должно по содержанию соответствовать требованиям федерального государственного образовательного стандарта подготовки специалистов среднего звена по специальности 31.02.01 Лечебное дело.

Для проведения государственного экзамена ежегодно приказом Министерства образования Ставропольского края назначается председатель государственной экзаменационной комиссии (ГЭК), члены ГЭК назначаются приказом директора Колледжа. График и расписание работы ГЭК разрабатываются на основе календарных сроков проведения государственного экзамена, предусмотренных в учебном плане основной профессиональной образовательной программы.

Определение результата государственного экзамена проводится на открытом заседании ГЭК при наличии не менее двух третей состава государственной экзаменационной комиссии.

Государственный экзамен проводится в форме компьютерного тестирования (I этап) и собеседования (II этап).

Процедура первого этапа заключается в ответах на 50 тестовых заданий в течение 50 минут.

Второй этап экзамена заключается в ответе студента по междисциплинарным клиническим задачам и ответах на уточняющие и дополнительные вопросы членов комиссии. Для подготовки к ответу обучающемуся дается до 15 минут, продолжительность ответа на экзамене составляет, как правило, не более 15 минут.

Всего на проведение государственного экзамена выделяется три дня. Перерыв между различными этапами государственного экзамена составляет до трех дней.



В случае непрохождения первого этапа государственного экзамена студент не допускается к следующему этапу, и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

Все этапы государственного экзамена по специальности 31.02.01 Лечебное дело (далее –ГЭ) начинаются в указанное в расписании время в присутствии председателя государственной экзаменационной комиссии и проводятся в аудитории, обеспеченной техническими средствами для визуализации заданий.

Секретарь ГЭК обеспечивает процедуру ведения экзамена следующими документами: приказом о допуске к государственному экзамену, приказом о составе ГЭК, списками студентов по группам, протоколами ГЭК.

Решения экзаменационной комиссии принимаются на открытых заседаниях простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в экзамене, при обязательном присутствии председателя или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии обладает правом решающего голоса.

Результаты ГЭ определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и объявляются в тот же день после оформления в установленном порядке протоколов заседаний ГЭК. Протоколы заседаний подписываются председателем и секретарем ГЭК и хранятся в архиве Колледжа.

По результатам ГЭ выпускник, участвовавший в ГЭ, имеет право подать в апелляционную комиссию прошение об апелляции в письменном виде, обоснованное нарушением, по его мнению, установленного порядка проведения ГЭ и (или) несогласием с ее результатами.

Лицам, не проходившим ГЭ по уважительной причине, предоставляется возможность пройти государственную аттестацию без отчисления в сроки, установленные Колледжем.

Обучающиеся, не прошедшие ГЭ по неуважительной причине или получившие неудовлетворительные результаты, отчисляются из Колледжа и вправе пройти ИГА не ранее чем через шесть месяцев и не более чем через пять лет после прохождения аттестации впервые. Повторные итоговые испытания назначаются не более двух раз.

### ***3.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения образовательной программы в ходе государственного экзамена.***

#### **1 этап – аттестационное тестирование на компьютерах**

**Укажите один правильный ответ:**

**1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ КАШЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ СОСТАВЛЯЕТ**

**А) 3 месяца в течение 2 лет подряд**

**Б) 2 месяца в течение 2 лет подряд**

**В) 3 месяца в течение 1 года**

**Г) 1 месяц в течение 1 года**

2. МОКРОТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ БРОНХИТЕ БЫВАЕТ

- А) слизистой
- Б) «ржавой»
- В) розовой пенистой
- Г) стекловидной

3. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- А) сухих хрипов
- Б) звонких влажных мелкопузырчатых хрипов
- В) крепитации
- Г) шума трения плевры

4. ДЛИТЕЛЬНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ПОРОКА СЕРДЦА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЁТ ГИПЕРФУНКЦИИ

- А) левого желудочка
- Б) правого желудочка
- В) левого предсердия
- Г) правого предсердия

5. К ГИПЕРТРОФИИ И ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИВОДИТ

- А) перегрузка левого желудочка объёмом
- Б) снижение коронарного кровотока
- В) перегрузка левого желудочка давлением
- Г) уменьшение сердечного выброса

II этап – междисциплинарное итоговое собеседование

**Б и л е т №**  
***Ситуационная задача.***

**Ситуация**

Женщина 28 лет обратилась в поликлинику к врачу-пульмонологу через 2 недели после посещения участкового терапевта.

**Жалобы**

на интенсивный непродуктивный кашель  
на одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся до степени удушья при физической нагрузке  
на общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр



### **Анамнез заболевания**

кашель и слабость появились 2 недели назад, в связи с чем и обращалась первично в поликлинику, где был поставлен диагноз ОРЗ «острый бронхит». при рентгенографии легких выявлялось усиление легочного рисунка по назначению участкового врача принимала амоксициллин 5 дней, затем азитромицин 3 дня и амброксол на фоне лечения кашель и слабость усилились, появилась нарастающая одышка, в связи с чем обратилась к участковому врачу повторно

### **Анамнез жизни**

росла и развивалась в соответствии с возрастом жилищно-бытовые условия удовлетворительные в течение последнего месяца живет в сельской местности, занимается животноводством, помогает мужу заниматься разведением голубей хронических сопутствующих заболеваний нет не курит, злоупотребление алкоголем отрицает

### **Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски; температура тела 37,5°C. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств. ЧСС — 100 в мин, АД — 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, сердечный толчок не определяется. Перкуторно границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 в минуту. ЧДД 22 в минуту. SpO2 92%. Грудная клетка нормостенической формы. При аускультации дыхание везикулярное, над нижними отделами с обеих сторон выслушивается звучная крепитация. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

### **Вопросы**

1. Из лабораторных методов исследования для постановки диагноза в первую очередь необходимо провести

- общий анализ крови**
- исследование крови на антинуклеарные антитела
- определение содержания D-димера в сыворотке крови
- исследование уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе

Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови:

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC) * 10 <sup>12</sup> /л	4,8	М 4,4 – 5,0 Ж 3,8 –

		4,5
Гемоглобин (Hb) г/л	136	М 130-160 Ж 120-140
Гематокрит (HCT) %	42	М 39-49 Ж 35-45
Цветовой показатель	0,94	0,8 – 1,0
Усредненное значение объема эритроцита (MCV) (фл)	86	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) г/дл	18	32,0 – 37,0
Ретикулоциты (RET)	10	2 – 12
Тромбоциты (PLT)* 10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC)* 10 <sup>9</sup> /л	10	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные %	7	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные %	64	47-72
Эозинофилы %	3	1-5
Базофилы %	0	0-1
Лимфоциты %	20	19-37
Моноциты %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	48	М 2-10 Ж 2-15

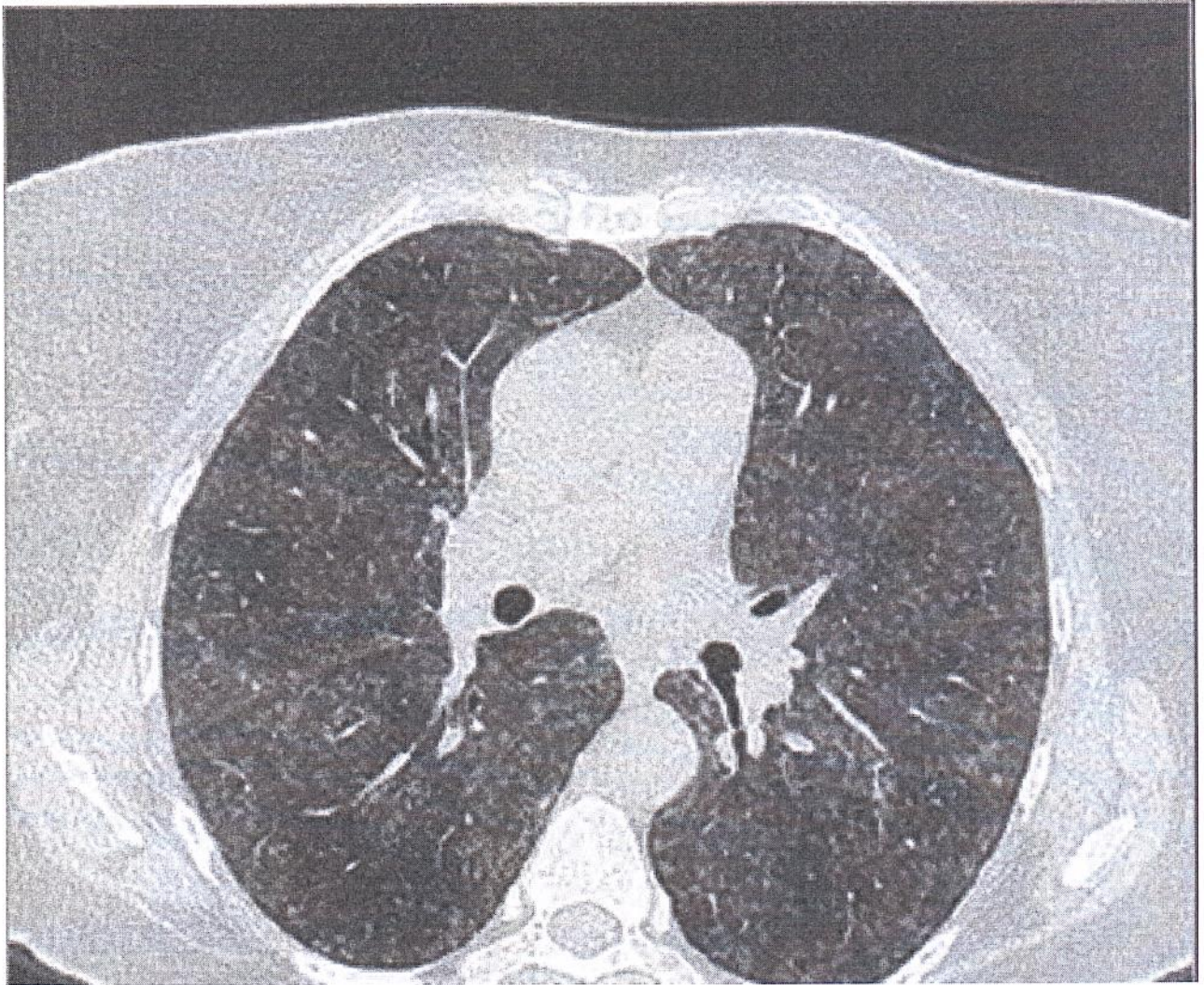
**2. Из инструментальных методов обследования в первую очередь для постановки диагноза необходимо проведение**

- компьютерной томографии органов грудной клетки
  - цифровой флюорографии в прямой и боковых проекциях
  - ультразвукового исследования плевральных полостей
  - суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру
- Результаты инструментальных методов обследования:

Компьютерная томография органов грудной клетки:

Заключение: определяется понижение прозрачности легких по типу “матового стекла” с наибольшим распространением изменений в средних и нижних отделах.





**3. Какой диагноз можно поставить данной больной?**

- Экзогенный аллергический альвеолит, острое течение. ДН I
  - Хронический обструктивный бронхит, рецидивирующее течение
  - Острое респираторное вирусное заболевание, средней тяжести
  - Внебольничная двухсторонняя пневмония, тяжелая, затяжное течение. ДН II
- Диагноз:

Экзогенный аллергический альвеолит, острое течение. ДН I

**4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с**

- пневмонией
- острым бронхитом
- поражением легких при гриппе
- обострением бронхоэктатической болезни



**5. У пациентки признаки легочной гипертензии при физическом обследовании**

- не выявлены на момент осмотра
- присутствуют в виде тахикардии
- выявляются в виде выраженной одышки
- есть в виде снижения SpO<sub>2</sub> до 92%

**6. Пациентке необходимо в первую очередь назначить**

- системные глюкокортикостероиды
- антибактериальный препарат класса цефалоспоринов
- комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида и длительно действующего бета<sub>2</sub>-агониста
- теofilлин внутривенно и глюкокортикостероид через небулайзер

**7. Дополнительно к основному лечению при данном варианте течения показано назначение**

- плазмафереза
- эндоваскулярной лазеротерапии
- аллергенспецифической иммунотерапии
- иммуномодуляторов

**8. Продолжительность противовоспалительной терапии при данном варианте течения заболевания должна составлять мес.**

- 1
- 3
- 6
- 12

**9. Критерием излеченности является стабилизация клинических и рентгенологических признаков болезни после прекращения лечения в течение \_\_\_мес.**

- 3
- 1
- 1,5
- 2

**10. Остроту течения заболевания в большей степени определяет**

- интенсивность действия внешнего фактора
- молодой возраст с гиперергической реакцией на внешний фактор



- отсутствие хронических сопутствующих заболеваний
- отсутствие злоупотребления алкоголем и табакокурением

**11. Основным средством профилактики заболевания является**

- использование индивидуальных средств защиты**
- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- физическая реабилитация, направленная на тренировку дыхательных мышц
- превентивное медикаментозное лечение 2 раза в год

**12. Поражение легких по типу альвеолита может вызывать**

- амиодарон**
- аторвастатин
- эналаприл
- атенолол

**Б и л е т №**

***Ситуационная задача.***

Женщина 66 лет обратилась в поликлинику к врачу-кардиологу.

**Жалобы**

Ноющие боли в левой половине грудной клетки продолжительностью несколько часов, без четкой связи с физической нагрузкой,  
Перебои в работе сердца

**Анамнез заболевания**

В течение 12 лет страдает артериальной гипертензией, 8 лет назад на фоне гипертонического криза перенесла транзиторную ишемическую атаку На протяжении 3

лет относительно регулярно принимает комбинированный препарат, содержащий индапамид 2,5 мг и периндоприл 8 мг, а также розувастатин 10 мг.

Пять лет назад диагностирован сахарный диабет 2 типа, регулярно принимает метформин 2000 мг в сутки.

Год назад в анализе крови отмечено повышение уровня креатинина до 120 мкмоль/д При самоконтроле АД (по дневнику) значения АД находятся в пределах 160-170/90-100мм рт. ст.

**Анамнез жизни**

Мать умерла от инсульта в 70 лет. Не курит, алкоголь не употребляет.  
Пенсионер, не работает, инвалид 2 группы по общему заболеванию.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 98 кг, рост 173 см (ИМТ=32,7 кг/м<sup>2</sup>). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца приглушены, выслушиваются единичные экстрасистолы (1-2 в мин). ЧСС 78 уд./мин., АД 170/100 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена.

### Вопросы

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 5)

- **биохимический анализ крови**
- **липидный спектр**
- **общий анализ мочи**
- **определение микроальбуминурии**
- **определение уровня гликированного гемоглобина**
- коагулограмма

Результаты лабораторных методов обследования: Биохимический анализ крови:

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64-83 г/л	64
Альбумин	32-50 г/л	37
АлАТ	До 40 ЕД/л	40
АсАТ	До 40 ЕД/л	19
Мочевая кислота	155-429 мкмоль/л	390
Билирубин общий	3,0 -17,1 мкмоль/л	10,3
Холестерин общий	3,1 – 5,2 мкмоль/л	6,7
Глюкоза	3,88 – 5,83 ммоль/л	5,5
Калий	3,4-5,3 ммоль/л	4,7
Креатинин	53-115 мкмоль/л	120
Амилаза	28-100 ЕД/л	69
СКФ		40,5
Триглицериды	0,2-1,7 ммоль/л	1,5

### Липидный спектр:

Наименование	Референсные значения, ммоль/л	Результат
Общий холестерин	1,4-5,7	6,6
ЛПНП	3,0	4,5
ЛПВП	>1,5	1,3



Триглицериды	1,7	2,5
--------------	-----	-----

Общий анализ мочи:

Параметр	Значение
Глюкоза	Отсутствует
Цвет	Желтый
Прозрачность	прозрачная
Реакция	Ph 6
Удельная плотность	1015
Белок	0,3 ммоль/л
Кетоновые тела	Отсутствуют
Лейкоциты	7-8 в п/з
Эритроциты	0-1 в п/з
Цилиндры	Отсутствуют
Эпителий	3-5 в п/з
Бактерии	Отсутствуют
Слизь	Немного
Соли	Оксалаты отсутствуют

Определение микроальбуминурии:

Отношение альбумин-креатинин = 255 мг/г (критерий МАУ 30-300)

Определение уровня гликированного гемоглобина:

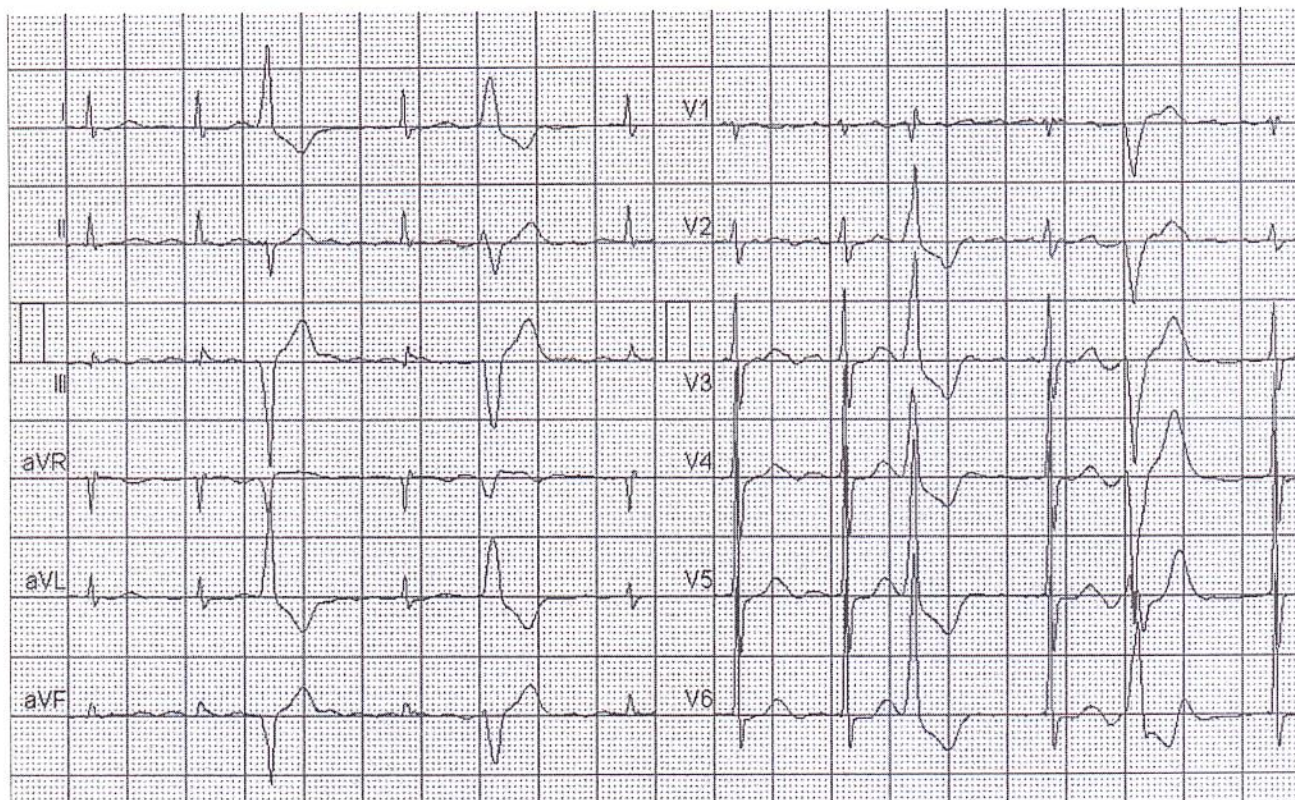
HbA1C = 6%

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 4)

- электрокардиограмма
  - эхокардиография
  - УЗДГ сонных артерий
  - суточное мониторирование ЭКГ
  - тредмил-тест
  - мультиспиральная КТ почечных артерий
- Результаты инструментальных методов обследования:

Электрокардиограмма:





#### Эхокардиография:

Полость левого желудочка: Dd 5,4 см (N до 5,5 см); KDO 58 мл, KSO 26 мл (по Simpson). Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,3 см (N до 1 см); ЗС 1,3 см (N до 1,1 см). Глобальная сократительная функция ЛЖ не нарушена: ФВ 54% (N >55%). Нарушение локальной сократимости нет. Полость правого желудочка: 2,3 см (N до 2,6 см), толщина свободной стенки ПЖ: 0,45 см (N до 0,5 см), характер движения стенок не изменен. Левое предсердие: размеры 67 мл. Правое предсердие: 65 мл (по Simpson). Межпредсердная перегородка: без особенностей. Нижняя полая вена: коллабирует после глубокого вдоха более чем на 50%. Митральный клапан: уплотнение фиброзного кольца и сухожильных нитей P макс.=3,2 мм рт.ст., митральная регургитация: 1 степени. Аортальный клапан: уплотнение створок и фиброзного кольца, Аортальная регургитация: нет.

Трикуспидальный клапан: не изменен. Трикуспидальная регургитация: 1 степени. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет. Регургитация через клапан: нет. Диаметр корня аорты: 3,3 см. Стенки аорты уплотнены. Наличие жидкости в полости перикарда нет

Заключение: Уплотнение стенок аорты, аортального клапана, фиброзных колец, умеренная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов, умеренное расширение обоих предсердий

#### УЗДГ сонных артерий:

Стеноз правой внутренней сонной артерии до 70%

#### Суточное мониторирование ЭКГ:



Синусовый ритм. ЧСС днем 58-135 в мин. (средняя 73 в мин), ночью 48-78 (средн. 63 в мин). Пауз более 2 с не зарегистрировано. Суправентрикулярные экстрасистолы – всего 38, желудочковые экстрасистолы (мономорфные) – 4780, в т.ч. 1 куплет, преимущественно в дневные часы. ST-T без диагностически значимой динамики

### 3. Какой диагноз можно поставить данному больному?

- **Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени повышения АД, риск очень высокий (4). Сахарный диабет 2 типа. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст.**
- Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени повышения АД, риск высокий (3). Сахарный диабет 2 типа. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст.
- Гипертоническая болезнь I стадии, 2 степени повышения АД, риск умеренный (2). Сахарный диабет 2 типа. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст.
- Гипертоническая болезнь II стадии, 1 степени повышения АД, риск низкий (1). Сахарный диабет 2 типа. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст.

Диагноз:

Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени повышения АД, риск очень высокий (4). Сахарный диабет 2 типа. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст.

4. Для оценки величины сердечно сосудистого риска у данной пациентки

- **применение специальных шкал не требуется**
- следует использовать шкалу SCORE
- следует использовать шкалу CHA2DS2VASc
- следует использовать шкалу GRACE

5. В анализах выявлено: скорость клубочковой фильтрации = 40,5 мл/мин, микроальбуминурия = 250 мг/г, следовательно, диагноз почечной патологии следует сформулировать как

- **хроническая болезнь почек 3b, A2**
- нефропатия смешанного генеза
- острое почечное повреждение
- хроническая болезнь почек 1, A2

6. У пациентки на фоне терапии розувастатином 10 мг уровень липопротеидов низкой плотности составляет 4,5 ммоль/л. правильной тактикой лечения является

- **увеличение дозы розувастатина до 20 мг, контроль уровня ЛНП через 1-2 месяца. Целевой уровень ЛНП <1,5 ммоль/л**

- замена розувастатина на аторвастатин 10 мг, контроль уровня ЛНП через 1-2 месяца. Целевой уровень ЛНП <3,0 ммоль/л
- продолжение терапии в прежнем объеме, так как целевой уровень ЛНП достигнут
- рекомендация антиатерогенной диеты на 1-2 месяца, при её неэффективности решить вопрос об увеличении дозы статинов

7. При коррекции антигипертензивной терапии у пациентки показано(а)

- **дополнительное назначение препарата из группы антагониста кальция(амлодипин)**
- дополнительное назначение препарата из группы бета-блокаторов (метопролол)
- замена ингибитора АПФ (периндоприла) на препарат из группы блокаторов ангиотензиновых рецепторов (телмисартан)
- дополнительное назначение препарата из группы антагониста минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон)

8. Целевым уровнем АД для пациентки с артериальной гипертензией и сахарным диабетом является < \_\_\_\_\_ мм рт. ст.

- **140/85**
- 150/90
- 120/70
- 130/80

9. У пациентки на фоне терапии метформином 2000 мг уровень гликозилированного гемоглобина составляет 6,0%. правильной тактикой лечения является

- **продолжение терапии в прежнем объеме, поскольку пациентка компенсирована**
- добавление ингибитора SGLT-2 (эмпаглифлозин)
- добавление препарата сульфанилмочевины (глимепирид)
- добавление агониста GPP-1 (лираглутид)

10. Правильными рекомендациями по нефропротекции для этой пациентки являются

- **прием ингибиторов АПФ, статинов, ограничение нефротоксичных препаратов (в т.ч. НПВП), контроль уровня креатинина и калия**
- назначение комбинации ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензиновых рецепторов, ограничение терапии диуретиками
- замена ингибиторов АПФ на блокаторы ангиотензиновых рецепторов, назначении статинов в минимальной дозе
- отмена ингибитора АПФ из-за возможности нарастания почечной недостаточности



11. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у пациентки выявлено 5000 желудочковых экстрасистол. Правильной тактикой лечения является

- **назначение бета-адреноблокаторов, отказ от агрессивной антиаритмической терапии**
- назначение амиодарона в нагрузочной дозе
- назначение комбинированной терапии соталолом и аллапинином
- направление пациентки к аритмологу для проведения радиочастотной абляции аритмогенного фокуса

12. У пациентки, перенесшей ишемический инсульт, выявлен стеноз правой внутренней сонной артерии до 70%. Правильной тактикой лечения является

- назначение аспирина 100 мг, направление на каротидную эндартерэктомию**
- назначение сосудистой и метаболической терапии курсами
- назначение дипиридамола, направление на стентирование правой внутренней сонной артерии
- продолжение терапии в прежнем объеме, отказ от инвазивного лечения

### **Б и л е т №**

#### ***Ситуационная задача.***

Мужчина 72 года, пенсионер находится в терапевтическом отделении центральной районной больницы.

**Жалобы**

на кашель с легко отделяемой мокротой слизистого характера в небольшом количестве, больше в утренние часы  
на тупые боли в правом плече, иррадиирующие по медиальной поверхности предплечья общую слабость, похудание на 5 кг в течение 2 последних месяцев

**Анамнез заболевания**

“Кашель курильщика” около 50 лет Обострения ежегодно 1-2 раза в год.

Слабость и боли в плече стали беспокоить последние 2 месяца.

**Анамнез жизни**

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. 40 лет назад – аппендэктомия

Курит 55 лет по 20-25 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Работал инженером, профессиональные вредности отрицает.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0°C. ИМТ 24 кг/м<sup>2</sup>. Кожа обычной окраски, влажности, периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Правосторонний птоз и миоз. Отмечается гипотрофия мышц правой руки, сила кистевого хвата справа снижена. ЧДД 20 в минуту. SpO2 95%. Грудная клетка нормостенической формы, симметрична, перкуторный звук ясный легочный, справа в подключичной области притупление. При аускультации над лёгкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, больше справа в подключичной области. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств, 80 в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

### Вопросы

1. Из лабораторных методов исследования в первую очередь необходимо провести (выберите 3)

- **общий анализ крови**
- **общий анализ мокроты**
- **бактериологическое исследование мокроты**
- анализ крови на ревматоидный фактор
- анализ крови на антинуклеарные антитела
- определение содержания D-димера в сыворотке крови

### Результаты лабораторных методов обследования:

Общий анализ крови:

Показатель	Результат
Нормы	

Эритроциты(RBC) * 10 <sup>12</sup> /л	4,3	м 4.4 – 5.0 ж 3,8- 45
Гемоглобин(Hb)	130	м130 – 160 ж 120-140
Гематокрит(HTC)	40	м39-49 ж35-45
Цветовой показатель(ЦП)	0,85	0,8-1.0
Усредненное значение объема эритроцита(MCV)78		80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците(MCH)26-34	25	
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците(MCHC)	8	в3.0-37.0
Ретикулоциты(RET)	3	2-12
Тромбоциты(PLT)	310	180-320
Лейкоциты(WBC)	5,8	4-9
Лейкоцитарная формула		



Нейтрофилы палочкоядерные%	3	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные%	64	47-72
Эозинофилы%	1	1-5
Базофилы%		0-1
Лимфоциты%	30	19-37
Моноциты%	2	2-10
СОЭмм/ч	48	м 2-10 ж2-15
Общий анализ мокроты:		

Количество 5мл Запах нет  
Цвет безцв Характер слиз

Примеси нет Консистенция вязкая Эпителий 4-5кл Волокна нет Лейкоциты 5-7 в п/з Эритроциты нет Эозинофилы нет  
Кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены Прочая флора нет  
Спирали Куршмана нет Кристаллы Шарко-Лейдена нет Клетки с признаками атипичности нет

Бактериологическое исследование мокроты:  
Рост сапрофитной микрофлоры

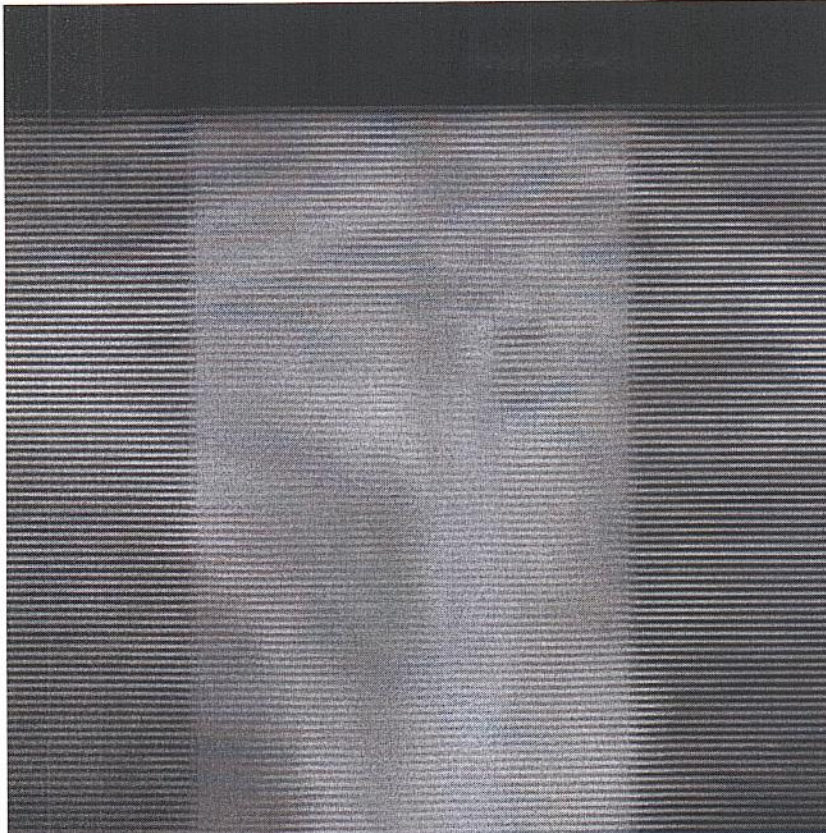
**2. Из инструментальных методов исследования в первую очередь необходимо проведение (выберите 2)**

- рентгенографии легких
- спирометрии с бронхолитической пробой
- рентгенографии правого плеча
- рентгенографии грудного отдела позвоночника
- рентгенографии кистей

**Результаты инструментальных методов обследования:**

Рентгенография легких:

Заключение: Справа в верхней доле определяется дополнительное образование с четкими неровными контурами на фоне усиления и деформации легочного рисунка. Диафрагма расположена обычно. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.



### Спирометрия с бронхолитической пробой:

Показатель	До пробы с бронхолитиком		После пробы с бронхолитиком		
	Фактич	% ОТ ДОЛЖНЫХ ЗНАЧЕНИЙ	Фактич	% от должных значений	% изменений
ФЖЕЛ, л	2,57	81	2,60	82	
ОФВ1, л/с	2,18	80	2,29	84	
ОФВ1/ФЖЕЛ%		85		88	
МОС 25%	4,9	89	5,1	91	
МОС 50%	4,05	100	4,7	115	
МОС 75%	2,0	105	2,3	116	

### 3. Какой предварительный диагноз?

- **Рак верхушки правого легкого. Хронический бронхит. ДН0**
- Внебольничная пневмония в верхней доле справа, средней тяжести. ДН I. Остеоартроз правого плечевого сустава.
- Хроническая обструктивная болезнь легких II, с выраженными симптомами, частыми обострениями. ДН I. Остеохондроз грудного отдела позвоночника.
- Внебольничная пневмония в верхней доле справа, средней тяжести. Хроническая обструктивная болезнь легких III, с выраженными симптомами, частыми обострениями. ДН I.



**Диагноз:**

Рак верхушки правого легкого. Хронический бронхит. ДН0.

**4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с**

- **ХОБЛ и туберкулезом**
- саркоидозом II стадии с суставным синдромом
- идиопатическим легочным фиброзом
- бронхоэктатической болезнью

**5. Пациенту требуется в первую очередь консультация**

- **торакального хирурга, онколога**
- пульмонолога-терапевта
- фтизиопульмолога и бронхолога
- невролога и ревматолога

**6. Стадийность процесса определяется**

- **размером и распространением опухоли, наличием метастазов (TNM)**
- морфологическим вариантом после оперативного лечения, обозначается сTсNсM
- рентгенологическими критериями (по результатам компьютерной томографии), обозначается pTpNpM
- наличием сопутствующих заболеваний, ограничивающих возможность оперативного лечения

**7. После дообследования пациенту вероятнее всего будет показано назначение**

- **химиотерапии**
- ингаляционных бронхолитиков
- внутрисуставных инъекций глюкокортикостероидов
- системных глюкокортикостероидов

**8. Госпитализация пациенту**

- **показана в отделение торакальной хирургии**
- срочно необходима в терапевтический стационар
- необходима в диагностическое отделение фтизиатрического стационара
- не показана, необходима паллиативная амбулаторная помощь

**9. После радикального лечения показано динамическое наблюдение с**

обследованиём в течение первого года каждые \_\_\_\_ мес. • 3

- 2
- 4
- 6

**10. С помощью опухоли ассоциированных маркеров можно**

- **оценить эффективность проводимой терапии**
- **определить гистологический вариант опухоли, не проводя морфологическую верификацию**
- **предположить приблизительные размеры опухоли**
- **определить объем хирургического вмешательства**

**11. Рак легких метастазирует в первую очередь в периферические лимфатические узлы**

- **надключичные**
- **околоушные**
- **кубитальные**
- **поднижнечелюстные**

**12. При злокачественных опухолях легких наиболее частыми поражаемыми органами-мишенями, доступными для УЗИ, являются**

- **почки, надпочечники**
- **селезенка, толстый кишечник**
- **предстательная железа, трубчатые кости**
- **щитовидная железа, плоские кости**

### **Б и л е т №**

#### ***Ситуационная задача.***

На приём к врачу-урологу обратилась пациентка 64 лет.

#### **Жалобы**

на сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание

#### **Анамнез заболевания**

Страдает артериальной гипертензией в течение 5 лет, перенесла ОНМК по ишемическому типу 2 года назад.

#### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась нормально. Пенсионерка В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 6 кг

7 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 175/105 мм рт ст). Получает периндоприл 8 мг, гипотиазид 12,5 мг, розувастатин 10 мг

Перенесённые заболевания: холецистэктомия 10 лет назад, ОНМК по ишемическому типу 2 года назад



Беременности – 4, роды – 2.

Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 58 лет, у отца – рак прямой кишки.

Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает. **Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,62 м, вес 71 кг, индекс массы тела 27,3 кг/м<sup>2</sup>, t тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 64 в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

### Вопросы

**1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2):**

- глюкоза крови
- гликированный гемоглобин (HbA1c)
- суточное мониторирование уровня глюкозы
- анализ мочи на суточную глюкозурию
- клинический анализ крови
- коагулограмма

Результаты лабораторных методов обследования:

Глюкоза крови: 9,2 ммоль/л (норма 3,5 - 6,1) Гликированный гемоглобин (HbA1c): 8.9%

**2. Какой диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных исследований?**

- Сахарный диабет 2 типа
- Сахарный диабет 1 типа
- Нарушение толерантности к глюкозе
- Нарушение гликемии натощак

**3. Пациентке выполнен расчёт СКФ: СКД-ЕРІ – 48,3 мл/мин/1,73 кв.м. Для уточнения стадии поражения почек необходимо:**

- оценить соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи
- провести дуплексное ультразвуковое исследование почек и почечных сосудов
- провести экскреторную урографию с урографинном
- ангиографию почечных сосудов с магневистом

**4. Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи составил 450 мг/г. С учетом полученных данных обследования (СКД-ЕРІ – 48,3 мл/мин/1,73 кв.м) у пациентки имеет место диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек:**

- С3а, А3

- С2, А2
- С3б, А3
- С4, А3

**5. Фактором риска развития сахарного диабета 2 типа является**

- избыточная масса тела
- операция на поджелудочной железе в анамнезе
- окружность талии > 88 см у женщин и > 102 см у мужчин
- приверженность к продуктам, содержащим легкоусвояемые углеводы

**6. Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела**

низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ограничением животного белка (не более 0,8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)

питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

**7. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < \_\_\_\_\_ %**

- 8,0
- 7,0
- 7,5
- 6,5

**8. В качестве сахароснижающей терапии надо назначить**

- вилдаглиптин и метформин
- глибенкламид и инсулин лизпро
- актрапид и пиоглитазон
- метформин и глибенкламид

**9. У пациентки уровень общего холестерина – 5,7 ммоль/л. Учитывая отсутствие достижения целевых значений холестерина, показано**

- увеличение дозы розувастатина
- назначение сеанса плазмафереза
- добавление к лечению фенофибрата
- добавление к лечению колестирамина

**10. Необходим повторный контроль HbA1c через \_\_\_\_\_ месяц/месяцев**

- 3-6
- 1-2
- 7-8
- 9-12







гигиеническому просвещению населения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах. Допускаются некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые студент самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет.

«Удовлетворительно» - студент знает 2\3 основных положений методики выполнения обследования пациента с целью установления диагноза, самостоятельно демонстрирует мануальные и коммуникативные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и назначает лечения и осуществляет контроль его эффективности и безопасности, проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах. Допускаются неточности, которые студент обнаруживает и быстро исправляет самостоятельно и с помощью наводящих вопросов экзаменаторов.

«Неудовлетворительно» – студент не знает методики выполнения обследования пациента с целью установления диагноза, или не может самостоятельно провести мануальное обследование больного или неверно выстраивает коммуникацию с пациентом или делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований или делает ошибки при проведении дифференциальной диагностики и формулировке диагноза заболевания, назначении лечения и контроле его эффективности и безопасности, не может проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения или не может выполнить манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах.