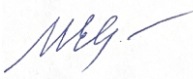


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра факультетской терапии**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки
31.05.02 Педиатрия
_____/Л.Я.Климов/
«_____» _____ 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой факультетской терапии_

_____/М.Е.Евсеева/
«_____» _____ 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Факультетская терапия
Направление подготовки	31.05.02 Педиатрия
Направленность (специализация)	Медицинская и организационно-управленческая деятельность врача-педиатра
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ОПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ОПК-7	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		100 заданий

3. Банк заданий по оценке уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	ОПК-4	<p>1. Диагноз «скрытой» АД определяется уровнями _____ мм рт. ст.:</p> <p>А. «Офисного» АД >160-170/100 мм рт. ст. и дневного амбулаторного АД >135/85;</p> <p>Б. Дневного амбулаторного АД >135/85 и «офисного АД» <140/90;</p> <p>В. Среднесуточного амбулаторного АД <130/80 и повышенного «офисного» АД;</p> <p>Г. Эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД >135/85</p>	Б

	<p>2. Признаком ГЛЖ согласно индексу Соколова-Лайона является:</p> <p>А. $RI > 11$ мм; Б. $SV1 + RV5/V6 > 38$ мм; В. $RI + SII > 25$ мм ; Г. $R/S < 1$ в V1.</p>	Б
	<p>3. Нижний инфаркт миокарда регистрируется в отведениях:</p> <p>А. I, AVL, V6 ; Б. II, III, AVF ; В. V3-V4; Г. V1-V6, AVL, I.</p>	Б
	<p>4. Характерными внешними проявлениями атеросклероза являются все, КРОМЕ:</p> <p>А. Множественных ксантом; Б. Раннего поседеия; В. Синильного кольца вокруг радужки; Г. Анизокории.</p>	Г
	<p>5. При суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии на ЭКГ:</p> <p>А. Зубец Р уширен; Б. Зубец Р заострен; В. Желудочковые комплексы узкие, недеформированные; Г. Желудочковые комплексы уширены.</p>	В
	<p>6. II b тип гиперлипидемии по классификации ВОЗ характеризуется повышением в плазме крови:</p> <p>А. ЛП(а); Б. ЛПНП и ЛПОНП; В. ЛПНП; Г. ЛПОНП.</p>	Б
	<p>7. В диагностике эрозивной формы ГЭРБ «золотым стандартом» является:</p> <p>А. определение <i>Helicobacter pylori</i> Б. суточный мониторинг рН в пищеводе и желудке + эзофагогастроскопия В. анализ кала на скрытую кровь Г. рентгеноскопия пищевода и желудка</p>	Б
	<p>8. Выберите исследование, которое нужно выполнить для определения состояния нижнего пищеводного сфинктера:</p> <p>А. манометрию пищевода Б. тест Берштейна В. суточную рН-метрию пищевода; Г. Эзофагогастродуоденоскопию</p>	А
	<p>9. Для эпигастрального болевого синдрома характерно:</p> <p>А. вздутие живота Б. боли в эпигастрии В. чувство тяжести в эпигастрии Г. дискомфорт в подложечной области.</p>	Б
	<p>10. К признакам хронического атрофического</p>	В

		<p>гастрита относят:</p> <p>А. выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время</p> <p>Б. изжогу, рвоту кислым содержимым;</p> <p>В. наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови;</p> <p>Г. появление прожилок крови в кале</p> <p>11. Боли при ГЭРБ наиболее часто иррадируют:</p> <p>А. в область сердца;</p> <p>Б. в левое плечо, лопатку, ключицу;</p> <p>В. в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть;</p> <p>Г. в правое плечо, лопатку, ключицу</p> <p>12. Эндоскопическое исследование позволяет выявить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь в форме:</p> <p>А. диффузного эзофагоспазма;</p> <p>Б. гастроэзофагеального рефлюкса с эзофагитом;</p> <p>В. кандидозного эзофагита;</p> <p>Г. синдрома Мэллори-Вейса</p> <p>13. К аускультативным признакам, характерным для бронхиальной астмы относят:</p> <p>А. сухие хрипы на вдохе;</p> <p>Б. сухие хрипы на выдохе;</p> <p>В. влажные хрипы;</p> <p>Г. крепитация.</p> <p>14. Характерными изменениями спирографических показателей при обострении бронхиальной астмы является:</p> <p>А. снижение скорости форсированного выдоха за первую секунду;</p> <p>Б. снижение форсированной жизненной емкости легких;</p> <p>В. увеличение индекса Тиффно;</p> <p>Г. снижение мощности вдоха.</p> <p>15. Для бронхиальной астмы характерно наличие:</p> <p>А. крепитации;</p> <p>Б. тупого звука под лопатками;</p> <p>В. бронхиального дыхания;</p> <p>Г. удлиненного выдоха.</p> <p>16. Для бронхиальной астмы справедливо следующее утверждение:</p> <p>А. улучшение симптомов ночью и рано утром;</p> <p>Б. купирование симптомов при физической нагрузке, воздействии аллергенов и холодного воздуха;</p> <p>В. купирование симптомов после приема бета-блокаторов;</p> <p>Г. наличие атопических заболеваний в анамнезе.</p> <p>17. «Золотым стандартом» диагностики и оценки ХОБЛ является:</p> <p>А. бронхоскопия;</p> <p>Б. компьютерная томография;</p> <p>В. спирометрия;</p> <p>Г. пикфлоуметрия.</p> <p>18. Основным методом диагностики ХОБЛ</p>	<p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>А</p> <p>Г</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>Г</p>
--	--	--	---

	<p>является:</p> <p>А. рентгенография грудной клетки; Б. бронхоскопическое исследование; В. анализ мокроты; Г. исследование функции внешнего дыхания.</p> <p>19. Острый гломерулонефрит - это поражение клубочков:</p> <p>А. Иммунокомплексное; Б. Аутоиммунное; В. Бактериальное; Г. Вирусное;</p> <p>20. Преднефритический период острого гломерулонефрита проявляется:</p> <p>А. Общей слабостью; Б. Жаждой; В. Олигурией; Г. Все ответы верны;</p> <p>21. Титр антистрептолизина при остром гломерулонефрите максимально повышен:</p> <p>А. В первые 3 недели заболевания; Б. В первые 6 месяцев; В. В течение года; Г. В течение 2-х лет;</p> <p>22. Острый гломерулонефрит – острое иммуновоспалительное, иммунокомплексное заболевание почек с преимущественным поражением:</p> <p>А. Интерстиции; Б. Канальцев; В. Клубочков; Г. Все ответы верны;</p> <p>23. Варианты течения острого гломерулонефрита:</p> <p>А. Циклический; Б. Моносимптомный; В. Нефротический; Г. Все ответы верны;</p> <p>24. Патогенез лейкоцитурии при остром гломерулонефрите:</p> <p>А. Пиелит; Б. Цистит; В. Интрагломерулярная и мезангиальная инфильтрация лейкоцитами; Г. Все ответы верны.</p> <p>25. Койлонихии – это:</p> <p>А. ломкость ногтей; Б. выпуклость ногтей в виде часовых стекол; В. ложкообразные вдавления ногтей; Г. поперечная исчерченность ногтей.</p> <p>26. Доказательным критерием диагностики железодефицитной анемии является:</p> <p>А. анизоцитоз и анизохромия; Б. снижение уровня сывороточного железа; В. снижение общей железосвязывающей способности</p>	<p>А</p> <p>Г</p> <p>А</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>Б</p>
--	--	---

	<p>сыворотки; Г. повышение содержания ферритина в сыворотке</p> <p>27. Показателем, отражающим размер эритроцита, в общем анализе крови является:</p> <p>А. MCV; Б. MCH; В. MCHC; Г. RDW.</p> <p>28. Положительная динамика красной крови под влиянием терапии препаратами железа раньше всего проявляется увеличением:</p> <p>А. цветового показателя; Б. количества ретикулоцитов; В. количества эритроцитов; Г. уровня гемоглобина</p> <p>29. Показанием для парентерального введения препаратов железа является:</p> <p>А. язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии; Б. синдром мальдигестии; В. повторная беременность; Г. планируемое оперативное лечение миомы матки</p> <p>30. На стадии латентного дефицита железа может выявляться:</p> <p>А. снижение уровня гемоглобина; Б. снижение гематокрита; В. снижение сывороточного железа; Г. Ретикулоцитоз</p>	<p>А</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p>
2.	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Установите правильную последовательность диагностических мероприятий при подозрении на острый инфаркт миокарда:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Определение тропонинов 2) Регистрация ЭКГ 3) Оценка жалоб и анамнеза 4) Эхокардиография <p>Установите правильную последовательность обследования пациента с подозрением на анемию:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Исследование уровня ферритина 2) Общий анализ крови 3) Подсчёт ретикулоцитов <p>Биохимический анализ крови</p>	<p>3 → 2 → 1 → 4</p> <p>2 → 3 → 4 → 1</p>
3.	<p>Прочитайте текст и продолжите предложение</p> <p>1. Метод визуализации, который позволяет оценить толщину комплекса «интима -медиа» сонных артерий и выявить ранние признаки атеросклероза называется _____</p> <p>2. Остро развившаяся блокада левой ножки пучка Гиса эквивалентна _____</p>	<p>УЗИ сонных артерий (ДС БЦА)</p> <p>ОКСпСТ</p>
4.	<p>Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ</p> <p>1. Женщина 55 лет на приеме у врача терапевта</p>	<p>Клинический диагноз ГБ II стадии, целевой уровень АД не достигнут,</p>

	<p>поликлиники</p> <p>Жалобы на повышение АД до 170 мм рт.ст., головные боли, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания. Впервые отметила повышение АД 5 лет назад, после сильного психоэмоционального напряжения (стресс на работе). По назначению врача принимала гипотензивные препараты (индапамид+периндоприл), но последние 3 месяца указанную терапию не получала (отменила самостоятельно).</p> <p>Анамнез жизни. Работает бухгалтером на заводе, не курит, алкоголь не употребляет. Отец умер от инфаркта миокарда в 58 лет.</p> <p>Объективный статус: Сознание ясное, общее состояние удовлетворительно. Кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 162, вес 85 кг, ИМТ 33 кг/м², окружность талии 90 см. Правая граница относительной сердечной тупости + 1 см от правого края грудины, левая граница - по левой среднеключичной линии, верхняя граница -на уровне III ребра. ЧСС 78 в 1 минуту, АД 170/100 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков не выявлено.</p> <p>Липидограмма: Холестерин 7,8 ммоль/л, ЛПНП 4,9 ммоль/л, ЛПВП 0,7 ммоль/ л, ТГ 2,5 ммоль/л Анализ мочи на МАУ (+)</p> <p>1. Сформулируйте клинический диагноз 2. Составьте план дополнительного обследования</p> <p>2. Мужчина 59 лет, менеджер, обратился к врачу-терапевту с жалобами на давящие боли за грудиной, длительностью от 2 до 5 минут, возникающие при подъёме по лестнице на 2-3 этаж. Боли периодически отдают в левую руку, купируются Нитроглицерином в течение 2-3 минут. Потребность в Нитроглицерине 3-4 раза в день.</p> <p>Из анамнеза известно, что болен около года. К врачу не обращался, Нитроглицерин принимал по рекомендации знакомого. Семейный анамнез: мать умерла в 64 года, ОНМК, страдала АГ; отец – умер в 50 лет, ИМ.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 30,44 кг/м². ОТ – 102 см. В лёгких – дыхание везикулярное. ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум на аорте. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.</p> <p>В анализах: глюкоза натощак – 4,6 ммоль/л</p>	<p>Дислипидемия (тип IIb по Фредриксону). Ожирение I степени (абдоминальный тип). риск ССО 4 (очень высокий).</p> <p>Лабораторные исследования: Глюкоза плазмы натощак; Креатинин и расчет СКФ (скорость клубочковой фильтрации) Уровень мочевины кислоты: Определение уровня калия и натрия Инструментальные исследования: ЭКГ, ЭХО КГ, УЗДГ (УЗИ) сонных артерий. Осмотр глазного дна окулистом; СМАД</p> <p>1. ИБС: Стенокардия напряжения стабильная, II ФК. Гипертоническая болезнь II стадии. Достижение целевого АД. Дислипидемия. Ожирение I степени (абдоминальный тип). Риск 4 (очень высокий). 2.Лабораторная диагностика: ОАК, ОАМ с определением МАУ, БАК (креатинин с расчетом СКФ, АЛТ, АСТ, мочевины, кислоты); Инструментальная диагностика ЭКГ в покое, ЭХО КГ, Нагрузочные тесты (Тредмил-тест или ВЭМ): для</p>
--	--	---

		<p>ОХС – 6,6 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте план дополнительного обследования пациента. <p>3. Пациент 38 лет предъявляет жалобы на ощущение жжения за грудиной, распространяющееся вверх, вплоть до шеи, почти ежедневно. Отмечает периодическую отрыжку, кислый вкус во рту.</p> <p>Болен около 1 года, когда начал замечать подобные жалобы. Соблюдал диету, к врачу не обращался. Однако состояние не улучшалось.</p> <p>Длительное время курит по 1 пачке в день.</p> <p>Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Периферических отеков нет. Сердце и легкие без особенностей. Живот мягкий, без болезненный. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента 	<p>объективного подтверждения ИБС и уточнения функционального класса., ХМ ЭКГ, Коронароангиография</p> <p>1.ГЭРБ 2. Инструментальные методы 1. ФЭГДС)— обязательный метод 2. Суточная рН-метрия пищевода (золотой стандарт) 3. Манометрия пищевода (по показаниям) Лабораторные исследования 1. ОАК (исключение анемии) 2.Общетерапевтический биохимический минимум (об белок, билирубин и фракции, АлТ, АсТ, креатинин)</p>
5.	ОПК-7	<p>1. При гиперхолестеринемии применяется:</p> <p>А. Аторвастатин; Б. Эналаприл; В. Торасемид; Г. Ацетилсалициловая кислота.</p> <p>2. К тромболитическим препаратам относят:</p> <p>А. Бивалирудин; Б. Фондапаринукс; В. Тенектеплазу; Г. Эноксапарин</p> <p>3. Лечение артериальной гипертензии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента противопоказано при:</p> <p>А. Поликистозе почек; Б. Диабетической нефропатии; В. Бронхиальной астме; Г. Двустороннем стенозе почечных артерий</p> <p>4. Абсолютным противопоказанием к назначению бета- адреноблокаторов служит:</p> <p>А. Хроническая обструктивная болезнь легких; Б. Бронхиальная астма; В. Атеросклероз сосудов нижних конечностей; Г. Атриовентрикулярная блокада I степени.</p> <p>5. При частой предсердной экстрасистолии может назначаться:</p>	<p>А</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>Б</p> <p>В</p>

		<p>А. Лидокаин; Б. Амлодипин; В. Верапамил; Г. Гипотиазид.</p> <p>6. При применении какого (их) препарата(ов) может увеличиться ЧСС:</p> <p>А. Дилтиазем; Б. Ивабрадин; В. Фенотерол; Г. Дигоксин.</p> <p>7. При постпрандиальном дистресс-синдроме применяются:</p> <p>А. альмагель Б. лоперамид В. мотилиум Г. Фамотидин</p> <p>8. Для лечения пациентов со смешанным вариантом СФД целесообразно назначить:</p> <p>А. прокинетики+ингибиторы протонного насоса Б. антациды+прокинетики В. антациды+спазмолитики; Г. эрадикационную терапию</p> <p>9. Рекомендуемой дозировкой лекарственных препаратов стандартной схемы лечения язвенной болезни, ассоциированной с <i>helicobacter pylori</i>, является:</p> <p>А. омепразол 20 мг в сутки+ метронидазол 1000 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки; Б. омепразол 40 мг в сутки+ метронидазол 1000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки; В. омепразол 20 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки; Г. омепразол 40 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки</p> <p>10. Лечение аутоиммунного гепатита проводят:</p> <p>А. противовирусной терапией; Б. кортикостероидами (иногда в комбинации с цитостатиками); В. категорическим отказом от алкоголя; Г. динамическим наблюдением.</p> <p>11. Омепразол относится к группе препаратов:</p> <p>А. блокаторы гистаминовых H1-рецепторов; Б. блокаторы гистаминовых H2-рецепторов; В. блокаторы протонового насоса; Г. М-холиноблокаторы</p> <p>12. Для лечения тяжелого алкогольного гепатита преднизолон назначают в дозе 40 мг/сут:</p> <p>А. перорально;</p>	<p>В</p> <p>В</p> <p>А</p> <p>Г</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>А</p>
--	--	---	--

		<p>Б. внутривенно; В. внутримышечно; Г. в микроклизмах.</p> <p>13. Противовоспалительными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются:</p> <p>А. ингаляционные глюкокортикостероиды; Б. β_2-агонисты короткого действия; В. метилксантины; Г. М-холинолитики.</p> <p>14. Лечение больных интермиттирующей бронхиальной астмой включает:</p> <p>А. ежедневное введение противовоспалительных препаратов; Б. ингаляции β_2-агонистов короткого действия по потребности; В. бронходилататоры пролонгированного действия; Г. применение системных глюкокортикостероидов</p> <p>15. Для купирования легкого приступа бронхиальной астмы предпочтительно введение:</p> <p>А. эуфиллина внутривенно; Б. симпатомиметиков через небулайзер; В. интала через спейсер; Г. глюкокортикостероидов внутривенно.</p> <p>16. К побочным эффектам глюкокортикостероидов системного действия относятся:</p> <p>А. снижение АД; Б. остеопороз; В. снижение сахара крови; Г. похудание.</p> <p>17. Среди β_2-агонистов пролонгированным действием обладает:</p> <p>А. сальбутамол; Б. беротек; В. сальметерол; Г. вентолин.</p> <p>18. Атровент при ХОБЛ назначают по _____ раза в день:</p> <p>А. 2 ингаляции 2; Б. 3 ингаляции 2; В. 2 ингаляции 4; Г. 1 ингаляция 4.</p> <p>19. Какая группа препаратов способствует снижению внутриклубочковой гипертензии при ХГН:</p> <p>А. α-адреноблокаторы; Б. β -адреноблокаторы; В. ингибиторы АПФ; Г. Антагонисты Са.</p> <p>20. Патогенетическая терапия хронического</p>	<p>А</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>Г</p>
--	--	--	--

		<p>гломерулонефрита проводится всеми препаратами, КРОМЕ::</p> <p>А. Педнизолона; Б. Циклофосфана; В. Азатиоприна; Г. Нифедипина.</p> <p>21. Побочные эффекты при терапии препаратами железа включают:</p> <p>А. экстрасистолию, головную боль; Б. тошноту, рвоту, боли в эпигастрии, понос, запоры; В. боли в области сердца; Г. потерю сознания, тахикардию</p> <p>22. При лечении ЖДА показано сочетание приема препаратов железа с:</p> <p>А. аскорбиновой кислотой; Б. витаминами группы В; В. хлористоводородной кислотой; Г. ни с одним из препаратов</p> <p>23. К лекарственным препаратам для лечения железодефицитной анемии не относятся:</p> <p>А. каферид, Б. фенюльс; В. тардиферон; Г. Виферон</p> <p>24. Для перорального применения при ЖДА не используется:</p> <p>А. сорбифер-дурулес; Б. фенюльс; В. феррокаль; Г. Венофер</p> <p>25. Показанием для парентерального введения препаратов железа является:</p> <p>А. язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии; Б. синдром мальдигестии; В. повторная беременность; Г. планируемое оперативное лечение миомы матки</p> <p>26. При назначении препаратов железа у больных с ЖДА оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня _____ недели терапии:</p> <p>А. ретикулоцитов к концу 1-ой; Б. ретикулоцитов к концу 2-ой; В. гемоглобина к концу 1-ой; Г. гемоглобина к концу 2-й</p> <p>27. Препаратом трехвалентного железа является:</p> <p>А. мальтофер; Б. сорбифер; В. ферретаб; Г. Тотема</p> <p>28. Первый этап лечения железодефицитной анемии предусматривает назначение препаратов железа (в пересчете на трехвалентное) в дозе _____ мг:</p>	<p>В</p> <p>А</p> <p>Г</p> <p>Г</p> <p>Б</p> <p>А</p> <p>А</p> <p>В</p>
--	--	---	---

	<p>А. 50-100; Б. 100-150; В. 200-300; Г. 500-1000.</p> <p>29. Длительность лечения железодефицитной анемии у пожилых пациентов будет составлять:</p> <p>А. 2 недели; Б. 1 месяц; В. 2 – 3 месяца; Г. 3 – 4 месяца</p> <p>30. В лечении железодефицитной анемии главным является применение:</p> <p>А. мясной диеты; Б. таблетированных препаратов железа; В. гемотрансфузий; Г. парентеральных препаратов железа.</p>	<p>Г</p> <p>Б</p>																								
6.	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между заболеванием и основной группой препаратов для лечения:</p> <table border="1" data-bbox="464 837 1267 1048"> <tr> <td>1. ГБ</td> <td>А. β-блокаторы</td> </tr> <tr> <td>2. ИБС</td> <td>Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды</td> </tr> <tr> <td>3. БА</td> <td>В. Ингибиторы АПФ/сартаны</td> </tr> <tr> <td>4. ХОБЛ</td> <td>Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)</td> </tr> </table> <p>2. Соотнесите заболевание и ключевой немедикаментозный метод лечения:</p> <table border="1" data-bbox="464 1182 1211 1424"> <tr> <td>1. ХСН</td> <td>А. Ограничение соли и жидкости</td> </tr> <tr> <td>2. ГЭРБ</td> <td>Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика</td> </tr> <tr> <td>3. Хронический гастрит</td> <td>В. Диета с исключением раздражающих продуктов</td> </tr> <tr> <td>4. Пневмония</td> <td>Г. Постельный режим, обильное питье</td> </tr> </table> <p>3. Соотнесите стадию ХОБЛ и рекомендуемую терапию:</p> <table border="1" data-bbox="464 1491 1211 1767"> <tr> <td>1. Лёгкая стадия</td> <td>А. Длительно действующие β₂-агонисты + антихолинергетики</td> </tr> <tr> <td>2. Среднетяжёлая</td> <td>Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию</td> </tr> <tr> <td>3. Тяжёлая</td> <td>В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид</td> </tr> <tr> <td>4. Крайне тяжёлая</td> <td>Г. Кислородотерапия, реабилитация</td> </tr> </table>	1. ГБ	А. β-блокаторы	2. ИБС	Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды	3. БА	В. Ингибиторы АПФ/сартаны	4. ХОБЛ	Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)	1. ХСН	А. Ограничение соли и жидкости	2. ГЭРБ	Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика	3. Хронический гастрит	В. Диета с исключением раздражающих продуктов	4. Пневмония	Г. Постельный режим, обильное питье	1. Лёгкая стадия	А. Длительно действующие β ₂ -агонисты + антихолинергетики	2. Среднетяжёлая	Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию	3. Тяжёлая	В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид	4. Крайне тяжёлая	Г. Кислородотерапия, реабилитация	<p>1–В, 2–А, 3–Б, 4–Г</p> <p>1–А, 2–В, 3–В, 4–Г</p> <p>1–Б, 2–А, 3–В, 4–Г</p>
1. ГБ	А. β-блокаторы																									
2. ИБС	Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды																									
3. БА	В. Ингибиторы АПФ/сартаны																									
4. ХОБЛ	Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)																									
1. ХСН	А. Ограничение соли и жидкости																									
2. ГЭРБ	Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика																									
3. Хронический гастрит	В. Диета с исключением раздражающих продуктов																									
4. Пневмония	Г. Постельный режим, обильное питье																									
1. Лёгкая стадия	А. Длительно действующие β ₂ -агонисты + антихолинергетики																									
2. Среднетяжёлая	Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию																									
3. Тяжёлая	В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид																									
4. Крайне тяжёлая	Г. Кислородотерапия, реабилитация																									
7.	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Определите порядок действий при подозрении на ОКС:</p> <p>А. Назначение аспирина и клопидогреля Б. Регистрация ЭКГ В. Госпитализация в кардиологическое отделение Г. Обезболивание: морфин/нитраты при стенокардии</p> <p>2. Укажите последовательность терапии при обострении БА:</p> <p>А. Увеличение дозы ИГКС Б. Контроль пиковой скорости выдоха (ПСВ)</p>	<p>Б → А → Г → В</p> <p>Б → Г → А → В</p>																								

	<p>В. Назначение системных ГКС (при тяжёлом обострении) Г. Использование β_2-агонистов короткого действия</p> <p>3. Распределите этапы лечения пневмонии: А. Коррекция терапии по результатам посева мокроты Б. Назначение эмпирической антибиотикотерапии В. Сбор анамнеза, физикальное обследование Г. Лабораторно-инструментальная диагностика (ОАК, рентгенография)</p> <p>4. Упорядочьте лечение язвенной болезни с <i>H. pylori</i>: А. Эрадикационная терапия (кларитромицин + амоксициллин + ИПН) Б. Подтверждение инфекции (дыхательный тест/биопсия) В. Поддерживающая терапия ИПН Г. Контроль эрадикации через 4–6 недель</p>	<p>В → Г → Б → А</p> <p>Б → А → Г → В</p>
8.	<p>Прочитайте текст и дайте короткий ответ</p> <p>1. Антибактериальным препаратом, применяемым для коррекции избыточного бактериального роста в кишечнике при печеночной энцефалопатии, является: ___</p> <p>2. На какой показатель необходимо ориентироваться при лечении гепарином?</p> <p>3. Пациентам с ОКС без подъёма ST показана нагрузочная комбинированная антиагрегантная терапия в виде _____</p> <p>4. Как назначается двойная антитромбоцитарная терапия у пациентов с ОКС и язвенной болезнью желудка в анамнезе?</p> <p>5. Какое нарушение проводимости является противопоказанием для применения β-адреноблокаторов при инфаркте миокарда?</p>	<p>Рифаксимин</p> <p>АЧТВ</p> <p>АСК 250 мг + Клопидогрел 300мг</p> <p>назначается на фоне приема ИПП (например, рабепразола)</p> <p>AV-блокада II-III ст</p>
9.	<p>Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ</p> <p>1. Больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание “мушек” перед глазами, желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (8 дней) менструации. Объективно: температура 36,70С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Диагностирована железодефицитная анемия. Опередите лечебную тактику</p>	<p>Принципы лечения: режим общий, диета с повышенным содержанием железа, препараты железа внутрь, при непереносимости пероральных препаратов - парентеральное введение в стационаре. После нормализации уровня гемоглобина при обильных менструациях препараты железа назначают за 10 дней до и во время менструаций. Общие принципы лечения: - назначение лекарственных железосодержащих препаратов, поскольку возместив</p>

		<p>2. Определите лечебную тактику пациента со следующим диагнозом: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит, 1 стадия, ассоциированный с Нр, стадия обострения.</p>	<p>дефицит железа в организме иными способами невозможно; - использование преимущественно препаратов железа для перорального приема; - назначение препаратов железа в адекватных дозах, которые рассчитываются для каждого конкретного больного с учетом массы его тела и терапевтического плана лечения; - достаточная длительность курса лечения препаратами железа, составляющая при анемии легкой степени 3 мес, при анемии средней степени 4,5 мес и при тяжелой анемии 6 мес; - преодоление тканевой сидеропении и пополнение запасов железа в депо, что определяется по нормализации концентрации СФ; - необходимость контроля эффективности терапии препаратами железа.</p> <p>Основу лечения рефлюкс-эзофагита составляют ИПП и прокинетики. ИПП выбирается с учетом эффективности и безопасности.. С целью минимизации лекарственных взаимодействий возможно назначение пантопразола 40 мг/сут. В качестве прокинетического препарата целесообразно назначение итоприда гидрохлорида в дозе 50 мг x 3 p/сут во</p>
--	--	--	---

		<p>3. Определите лечебную тактику пациента со следующим диагнозом: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (язва луковицы двенадцатиперстной кишки 1,0 x 1,0 см), впервые выявленная, стадия обострения, Нр-ассоциированная. Гастродуоденит.</p>	<p>время приема пищи. Продолжительность комбинированной терапии в рамках курсового лечения для эзофагита 1 стадии составляет не менее 4 недель. В дальнейшем проводится противорецидивное лечение с применением ИПП в индивидуально подобранной дозе с решением вопроса о пролонгации терапии итопридом до 2 месяцев в случае сохранения диспептического симптомокомплекса</p> <p>Пациенту показано назначение эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции. Согласно Клиническим рекомендациям РГА по диагностике и лечению язвенной болезни, на старте терапии возможно применение схемы первой линии, включающей ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза/сут, кларитромицин 500 мг x 2 p/сут, амоксициллин 1000мг x 2 p/сут, продолжительность 14 суток с последующим приемом ингибитора протонной помпы до 1 месяца (омепразола — 20 мг/сут, лансопразола — 30 мг/сут, пантопразола — 40 мг/сут, рабепразола — 20 мг/сут, эзомепразола — 20 мг/сут). Оценка эффективности эрадикации спустя 4-6 недель после ее окончания проводится с использованием</p>
--	--	--	--

		<p>5. Назначьте лечение больному с диагнозом: Нозокомиальный активный инфекционный эндокардит аортального клапана, подвижные вегетации аортального клапана, недостаточность аортального клапана 3 степени. Осложнения: ХСН I стадии, ФК1</p>	<p>уреазного дыхательного теста или определения антигена Нр в кале. Контроль рубцевания проводится с частотой 1 раз в 2-4 недели.</p> <p>Основу лечения ИЭ составляют антибактериальные препараты. Антибиотики выбираются с учетом результатов антибиотикограммы при (+) гемокультуре или эмпирически на основании нозокомиального или неназокомиального развития заболевания. Пациентке целесообразно назначение эмпирической терапии нозокомиального инфекционного эндокардита: Ванкомицин 30 мг/кг/сутки внутривенно в 2 введения + Гентамицин 3 мг/кг/сутки внутривенно 1 введение.</p>
--	--	---	---

Разработан:
 доцент кафедры факультетской терапии

О.В.Сергеева