

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.06.2026 13:42:35
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПБМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Специальность 31.08.49 Терапия

Направленность (профиль) Терапия

Квалификация врач-терапевт

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра внутренних болезней им. профессора Б.И. Шулутко

**Санкт- Петербург
2026 г.**

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»**

Компетенция (код и наименование)	Индикатор компетенции (код и наименование)	Оценочные средства
ПК-2 Способен к проведению обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», установления диагноза	ИД-1 ПК-2.1 Проводит осмотр и медицинское обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия»	Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Вопросы к зачету
ПК-3 Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», проводить контроль эффективности и безопасности	ИД-1 ПК-3.1 Назначает и проводит лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»	Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Вопросы к зачету
	ИД-2 ПК-3.2 Контролирует эффективность и безопасность лечения	Тестовые задания
		Ситуационные задачи
		Вопросы к зачету

**1.ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ
ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ**

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора компетенции	Этапы формирования индикатора компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
ПК-2 Способен к проведению обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», установления диагноза	ИД-1 ПК-2.1 Проводит осмотр и медицинское обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия»	Знать: Методы диагностического обследования больного; Принципы рациональной фармакотерапии; принципы, уровни (классы) доказательности в медицине; «конечные точки» клинических исследований; Уметь: Собирать фармакологический и аллергологический анамнез. Владеть: Методами диагностического обследования больного;	Повышенный уровень сформированности и компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
			Высокий уровень сформированности и компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности и компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

ПК-3 Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», проводить контроль эффективности и безопасности	ИД-1 ПК-3.1 Назначает и проводит лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»	Знать: Групповую принадлежность и ФД основных групп ЛС; Вид фармакологическо-го действия ЛС, характеристику основных ФК параметров ЛС, их динамику, режим дозирования при различной патологии, у детей, пожилых лиц, в период беременности, лактации в зависимости от характера заболевания и функционального состояния организма; Уметь: Определять режим дозирования, пути введения, кратность назначения ЛС; Выявлять НЛР наиболее распространенных лекарственных средств, проводить профилактику и коррекцию НЛР; использовать учебную, научную, нормативную и справочную литературу; Владеть: навыками выбора группы ЛС с учетом тяжести течения заболевания и ургентности состояния больных; выбора конкретного ЛС с учетом индивидуальной ФД и ФК, НЛР, возможного взаимодействия ЛС; выбора кратности и времени приема ЛС в зависимости от ФК; прогнозирования НЛР; проведения комбинированного назначения ЛС;	Повышенный уровень сформированности и компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 ПК-3.2 Контролирует эффективность и безопасность	Знать: методы оценки клинической эффективности и безопасности применения основных групп ЛС;	Высокий уровень сформированности и компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности и компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

	лечения	основные НЛР наиболее распространенных ЛС, их выявление, классификацию, регистрацию; способы профилактики и коррекции НЛР принципы разработки программ контроля эффективности и безопасности лекарственных средств; значение доказательной медицины в клинической практике; принципы работы фар-маконадзора; Уметь: решать ситуационные задачи, тестовые задания и проводить экспертную оценку правильности выбора, эффективности, безопас-ности применения ЛС у конкретного больного; оценивать влияние ЛС на параметры качества жизни; Владеть: навыками выбора адекватного контроля эффективности и безопасности лечения.			
--	---------	--	--	--	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
2.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
3.	Вопросы к зачету	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с освоенной дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по дисциплине в целом.	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса

2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных средств

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
85-100 %	5
65-84 %	4
55-64 %	3
0-54 %	2

Разбор ситуационных задач

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Собеседование по вопросам к зачету

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и

Оценка	Описание
	грубые ошибки.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1 Тестовые задания

2 семестр

ПК-2

Тестовые задания с выбором нескольких правильных ответов:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1.	Выбрать несколько вариантов ответа При патологии почек возникают следующие изменения фармакокинетики лекарств: А. нарушения почечной экскреции Б. увеличения концентрации препаратов в плазме В. уменьшения связывания с белками плазмы Г. увеличения $T_{1/2}$ Д. уменьшения биодоступности	А, Б, В, Г

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа	
2.	Установите соответствие:				А	Б
	А	ФАРМАКОКИНЕТИКА - ЭТО:	1	изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств		
	Б	ФАРМАКОДИНАМИКА - ЭТО:	2	изучение эффектов лекарственных средств и механизмов их действия		

Тестовые задания на установление последовательности:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
3.	В какой последовательности факторы влияют на кишечную абсорбцию: А. pH желудочного сока; Б. образование хелатных соединений и комплексов; В. моторика; Г. состояние микрофлоры кишечника.	А Б В Г

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
4.	Вписать пропущенное слово— как дополнение к контексту. Больше подвергаются метаболизму в печени.....	липофильные

	препараты	
--	-----------	--

Тестовые задания с выбором одного правильного ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
5.	Какие существуют виды абсорбции в ЖКТ: А. фильтрация; Б. диффузия; В. активный транспорт; Г. пиноцитоз; Д. все виды.	Д
6.	Результатом высокой степени связывания препарата с белками плазмы является: А. уменьшение $T_{1/2}$ Б. повышение концентрации свободной фракции препарата В. снижение концентрации свободной фракции препарата Г. лучшая эффективность препарата Д. все перечисленное	В
7.	Если первичную мочу сделать более щелочной, то: А. экскреция слабых кислот уменьшится; Б. экскреция слабых кислот увеличится; В. экскреция слабых оснований увеличится; Г. увеличится экскреция и слабых кислот, и слабых оснований; Д. экскреция не изменится.	Б
8.	Какие препараты приводят к индукции ферментов в печени: А. Фенобарбитал; Б. Циметидин; В. Амиодарон; Г. Эритромицин; Д. Ципрофлоксацин.	А
9.	Какие факторы влияют на период полувыведения: А. почечный и печёночный клиренс; Б. биодоступность; В. скорость распределения; Г. связь с белком; Д. экскреция почками.	А
10.	Величина биодоступности важна для определения: А. пути введения лекарственных средств; Б. кратности приема; В. скорости выведения; Г. эффективности препарата; Д. продолжительности лечения.	А
11.	Биодоступность - это: А. процент вещества, выделенного из организма; Б. процент вещества, достигшего системного кровотока; В. эффективная доза препарата, оказывающая терапевтический эффект; Г. процент препарата, связанного с белком;	Б

	Д. ничего из перечисленного.	
12.	Терапевтический индекс - это: А. разница между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами; Б. между максимальной терапевтической и максимальной токсической; В. между минимальной терапевтической и максимальной токсической; Г. между максимальной терапевтической и минимальной токсической; Д. верный ответ отсутствует.	А
13.	От чего зависит биодоступность: А. всасывания и связи с белком; Б. всасывания и пресистемного метаболизма; В. экскреции почками и биотрансформации в печени; Г. объема распределения; Д. всего вышеперечисленного.	Б
14.	Что такое период полувыведения ($t_{1/2}$): А. время выведения препарата из организма; Б. время снижения концентрации препарата в плазме на 50%; В. снижение скорости выведения на 50%; Г. время достижения терапевтической концентрации; Д. верных ответов нет.	Б
15.	На почечную экскрецию влияют: А. уровень клубочковой фильтрации; Б. уровень канальцевой реабсорбции; В. уровень канальцевой секреции; Г. всё вышеперечисленное; Д. ничего из перечисленного.	Г
16.	Что является результатом биотрансформации лекарств в печени: А. образование активных метаболитов; Б. образование неактивных метаболитов; В. образование токсических продуктов; Г. всё вышеперечисленное; Д. ничего из перечисленного.	Г
17.	Биотрансформация препарата приводит к: А. меньшей степени ионизации; Б. меньшей жирорастворимости; В. снижению связывания с белком; Г. большей степени ионизации; Д. всему перечисленному.	Б
18.	Что характеризует параметр «кажущийся объем распределения»: А. скорость всасывания препарата; Б. скорость выведения препарата; В. скорость распада препарата; Г. эффективность препарата; Д. способность препарата проникать в органы и ткани.	Д
19.	Более высокая концентрация препарата в плазме при сублингвальном введении, чем пероральном потому, что: А. лекарство не подвергается пресистемному метаболизму; Б. лекарство не связывается с белками плазмы; В. лекарства не связываются с тканями;	А

	Г. увеличивается гидрофильность препарата; Д. увеличивается липофильность препарата.	
20.	Эффекты препарата, развивающиеся независимо от дозы или фармакодинамических свойств, называются: А. токсические; Б. аллергические; В. фармакодинамические; Г. фармакокинетические; Д. псевдоаллергические.	Б
21.	Высокий объём распределения свидетельствует: А. о высоких концентрациях свободного препарата в плазме; Б. о высоких концентрациях препарата в тканях; В. о высоких концентрациях связанного препарата в плазме; Г. о низких концентрациях препарата в тканях; Д. о хорошей эффективности препарата.	Б
22.	Если эффект двух лекарств превышает сумму из отдельных эффектов, то это называется: А. антагонизм; Б. суммарный эффект; В. аддитивный эффект; Г. потенцирование; Д. сенситизация.	Г
23.	В понятие элиминации препарата входит: А. всасывание; Б. распределение; В. экскреция; Г. связь с белком; Д. пресистемный метаболизм.	В
24.	При каком способе введения лекарств биодоступность будет максимальной: А. пероральном; Б. сублингвальном; В. внутримышечном; Г. внутривенном; Д. ректальном.	Г
25.	Что входит в понятие фармацевтическое взаимодействие: А. вытеснение препарата из связи с белком; Б. ингибирование метаболизма в печени; В. инактивация препаратов в инфузионном растворе; Г. торможение всасывания лекарств; Д. взаимодействие на уровне экскреции в почках.	В
26.	Укажите заболевание, при котором снижается связывание препаратов с белками плазмы: А. ишемическая болезнь сердца; Б. острые инфекции; В. цирроз печени; Г. бронхиальная астма; Д. пневмония.	В

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа					
27.	Установите соответствие:				<table><tr><td>А</td><td>Б</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>		А	Б	1	2
	А	Б								
	1	2								
А	КУПИРОВАНИЕ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА НАЧИНАЕТСЯ С НАЗНАЧЕНИЯ:	1	нитроглицерина сублингвально							
Б	ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ:	2	ингибиторов ангиотензинпревращающе го фермента							
28.	Установите соответствие:				<table><tr><td>А</td><td>Б</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>		А	Б	1	2
	А	Б								
	1	2								
А	ПРИ ЕЖЕДНЕВНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИД ОВ УГНЕТЕНИЕ ФУНКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ (ДЕНЬ):	1	7 - 8							
Б	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС):	2	4-6							

Тестовые задания на установление последовательности:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
29.	Спиринолактон при титровании дозы используется в суточной дозе (мг) а)12,5-25 б)25-50 в)50-100 г)100-300	а б в г

ПК-3

Тестовые задания с выбором одного правильного ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
30.	Обладают выраженной противотуберкулезной активностью и относятся к противотуберкулезным препаратам, относят: А. фторхинолоны; Б. макролиды; В. аминопенициллины; Г. цефалоспорины.	А

31.	Для лечения бессимптомной бактериурии у беременных показано назначение антибиотиков А. пенициллинового ряда; Б. антимикотиков; В. фторхинолонов; Г. тетрациклинового ряда.	А
32.	Для лечения кандидозного вульвовагинита используют А. флуконазол; Б. амоксициллин + клавулановая кислота; В. джозамицин; Г. ацикловир.	А
33.	Для лечения цервицита хламидийной этиологии показано назначение А. доксицилина; Б. цефтриаксона; В. амоксициллин; Г. клавулановая кислота; Д. пенициллина.	А
34.	В период лактации для снижения артериального давления рекомендовано использовать А. нифедипин; Б. дротаверин; В. магния сульфат; Г. клофелин.	А
35.	Начальная терапия судорожного синдрома проводится А. бензодиазепинами; Б. антиконвульсантами; В. холиноблокаторами; Г. барбитуратами.	А
36.	К препаратам группы гидразида изоникотиновой кислоты (гинк) относится: А. Изониазид; Б. Пиразинамид; В. Протионамид; Г. Этамбутол.	А
37.	Пациенту с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий обязательно назначают: А. Антикоагулянты; Б. Ацетилсалициловую кислоту; В. Клопидогрел; Г. Тикагрелор.	А
38.	К препаратам выбора у пациента 55 лет с артериальной гипертонией iii стадии, перенесшего недавно инфаркт миокарда, относят: А. Р-адреноблокаторы; Б. тиазидные диуретики; В. антагонисты кальция; Г. Моксонидин.	А
39.	При оказании неотложной помощи при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе прежде всего показано назначение: А. Аспирина;	А

	Б. Антагонистов кальция; В. Сердечных гликозидов; Г. Лидокаина.	
40.	При орви с высокой температурой показано применение: А. Парацетамола; Б. Ампициллина; В. Бисептола; Г. Аспирин.	А
41.	Монотерапия антигипертензивными препаратами у больных с гипертонической болезнью может быть назначена: А. пациенту с АГ I степени с низким или средним риском сердечно-сосудистых осложнений; Б. пациенту с АГ I степени с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений; В. пациенту с АГ II степени с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений; Г. всем пациентам с АГ I степени независимо от степени риска сердечно-сосудистых осложнений.	А
42.	При бронхиальной астме противопоказаны: А. неселективные Р-адреноблокаторы; Б. антибиотики; В. метилксантины; Г. симпатомиметики.	А
43.	Купирование ангинозного приступа начинается с назначения: А. нитроглицерина сублингвально; Б. нитратов внутривенно капельно; В. спазмолитиков; Г. наркотических анальгетиков.	А
44.	Лечение сердечной недостаточности при дилатационной кардиомиопатии включает назначение: А. ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента; Б. антагонистов кальция (фенилалкиламинов); В. ингибиторов фосфодиэстеразы; Г. ингибиторов карбоангидразы.	А
45.	Больному с аортальным стенозом, гипертрофией левого желудочка и пароксизмами фибрилляции предсердий для профилактики приступов аритмии целесообразно использовать: А. Амiodарон; Б. Хинидин; В. Дигоксин; Г. Лаппаконитина гидробромид (Аллапинин).	А
46.	Для коррекции инсулинорезистентности и снижения продукции глюкозы печенью у пациентов с сахарным диабетом 2 типа целесообразно использовать: А. Метформин; Б. Натеглинид; В. Глибенкламид; Г. Акарбозу.	А
47.	Для дифференциальной диагностики болезни и синдрома Кушинга проводят пробу с: А. Дексаметазоном; Б. Преднизолоном;	А

	В. Кортизолом; Г. АКТГ.	
48.	К антиаритмическим препаратам iii класса относится: А. Амiodарон; Б. Хинидин; В. Лидокаин; Г. Пропафенон.	А
49.	К препаратам, улучшающим сократимость миокарда, относят: А. Добутамин; Б. Атропин; В. Атенолол; Г. Триметазидин.	А
50.	Действие нитроглицерина при приступе стенокардии обусловлено: А. прямым миолитическим действием на гладкую мускулатуру коронарных артерий; Б. рефлекторным увеличением частоты сердечных сокращений; В. снижением сократимости левого желудочка; Г. рефлекторным урежением частоты сердечных сокращений.	А
51.	Эффективность антибактериального лечения при внебольничной пневмонии следует клинически оценивать через: А. 2-3 дня; Б. 12 часов; В. 1 сутки; Г. 5 дней.	А
52.	При гипертиреозе для лечения артериальной гипертензии предпочтительны: А. бета-адреноблокаторы; Б. Диуретики; В. блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда; Г. ингибиторы АПФ.	А
53.	При сахарном диабете с протеинурией для лечения артериальной гипертензии предпочтительны: А. комбинированная терапия, включающая ингибитор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибитор АПФ или сартан); Б. диуретики; В. бета-адреноблокаторы; Г. блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда.	А
54.	Лечение пневмонии в поликлинических условиях следует начинать с: А. Амоксициллина (или защищенного аминопенициллина) или макролидов; Б. Тетрациклинов; В. Цефалоспоринов; Г. Гентамицина.	А
55.	Для пероральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях назначают: А. Регидрон; Б. Трисоль; В. Дисоль; Г. Лактосоль.	А
56.	Для лечения язвенного колита используют:	А

	А. Сульфасалазин; Б. Амоксициллин; В. Тетрациклин; Г. Панкреатин.	
57.	Для лечения гастроэзофагеальной болезни используют: А. Рабепразол; Б. Дротаверина гидрохлорид; В. Лактулозу; Г. Рифаксимин.	А
58.	К таблетированным сахароснижающим препаратам относится: Д. Метформин; Е. Эксенатид; Ж. Лираглутид; З. Гларгин.	А
59.	При средней и тяжелой формах первичной хронической надпочечниковой недостаточности не назначают: А. мочегонные препараты; Б. анаболические стероидные гормоны; В. заместительную терапию глюкокортикоидами и минералокортикоидами; Г. диету с дополнительным приёмом поваренной соли.	А
60.	Неотложная терапия острой недостаточности коры надпочечников не включает: А. введение препаратов калия; Б. инфузию 5% раствора глюкозы; В. инфузию физиологического раствора хлорида натрия; Г. введение гидрокортизона	А
61.	В период беременности может приводить к развитию пороков у ребёнка назначения синтетического витамина А. А Б. В1 В. В2 Г. С	А
62.	Кардиоселективные бета-адреноблокаторы влияют преимущественно на ____ рецепторы А. В1 Б. А1 В. А2 Г. В2	А
63.	Время начала эффекта нитроглицерина при приеме сублингвально составляет (мин): А. 0,5-2 Б. 5-6 В. 30 Г. 8-10	А
64.	Противопоказанием для назначения нитратов является: А. закрытоугольная глаукома; Б. бронхиальная астма; В. артериальная гипертензия; Г. хроническая сердечная недостаточность	А
65.	Величина биодоступности важна для определения: А. пути введения лекарственных средств	А

	Б. кратности приема В. эффективности препарата Г. скорости выведения	
66.	Наиболее точно характеризует скорость выведения лекарственного средства из организма: А. общий клиренс; Б. период полувыведения; В. биоэквивалентность; Г. биодоступность.	А
67.	При вазоспастической стенокардии препаратами выбора являются блокаторы: А. медленных кальциевых каналов; Б. гистаминовых рецепторов; В. Р-адренорецепторов; Г. а-адренорецепторов.	А
68.	В основе механизма действия НПВС лежит: А. ингибирование активности циклооксигеназы; Б. ингибирование активности липооксигеназы; В. блокада рецепторов простагландинов; Г. стимуляция циклооксигеназы.	А
69.	При наличии брадикардии у больных артериальной гипертензией наиболее безопасным является А. амлодипин; Б. верапамил; В. пропранолол; Г. атенолол.	А
70.	При пневмонии, вызванной микоплазмой, применяют А. азитромицин; Б. цефтриаксон; В. гентамицин; Г. амоксициллин.	А
71.	Чаще вызывают острую почечную недостаточность А. аминогликозиды; Б. пенициллины; В. цефалоспорины; Г. макролиды.	А
72.	Антиаритмическим препаратом с наименее безопасным действием при лечении тахиаритмий, вызванных дигиталисной интоксикацией, является А. Лидокаин; Б. Прокаинамид; В. Пропранолол; Г. Верапамил.	А
73.	Показанием к назначению морфина является А. отек легкого; Б. неукротимая рвота; В. тахикардия; Г. тромбоэмболия легочной артерии.	А
74.	Метотрексат вызывает дефицит А. фолиевой кислоты; Б. железа; В. аскорбиновой кислоты;	А

	Г. йода.	
75.	При острой левожелудочковой недостаточности предпочтение отдают: А. Фуросемиду; Б. Маннитулу; В. Спинолактону; Г. Гидрохлортиазиду.	А
76.	Показанием для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите является: А. наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии; Б. отёки; В. артериальная гипертония; Г. макрогематурия.	А
77.	В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют: А. спазмолитические средства; Б. Ж-блокаторы гистамина; В. сукралфат и его аналоги; Г. ингибиторы протоновой помпы.	А
78.	В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют: А. холекинетики; Б. антациды; В. спазмолитики; Г. ингибиторы протоновой помпы.	А
79.	Основной лечебный эффект нитроглицерина у больных с левожелудочковой недостаточностью кровообращения связан с: А. расширением периферической венозной системы; Б. расширением периферических артерий; В. увеличением коронарного кровотока вследствие увеличения частоты сердечных сокращений; Г. замедлением ЧСС и снижением потребности миокарда в кислороде.	А
80.	Элиминацию лекарственных средств характеризует: А. константа скорости элиминации; Б. степень протеидизации; В. биодоступность; Г. объем распределения.	А
81.	Сердечные гликозиды влияют на гемодинамику: А. уменьшая венозное давление; Б. увеличивая венозное давление; В. уменьшая артериальное давление; Г. увеличивая конечное диастолическое давление.	А
82.	Активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы блокирует петлевой диуретик: А. Торасемид; Б. Фуросемид; В. Этакриновая кислота; Г. Маннитол.	А
83.	Спинолактон при декомпенсации хронической сердечной недостаточности используется в суточной дозе (мг):	А

	А. 100-300; Б. 50-100; В. 25-50; Г. 12,5-25.	
84.	Липофильно-гидрофильным b1 адреноблокатором является: А. Бисопролол; Б. Карведилол; В. Метопролол; Г. Атенолол.	А
85.	Основной фармакологический эффект нитратов обусловлен: А. уменьшением венозного возврата к сердцу; Б. увеличением венозного возврата к сердцу; В. увеличением сократительной способности миокарда; Г. уменьшением сократительной активности миокарда.	А
86.	Механизмом гиполипидемической активности статинов являются ингибиторы: А. Фермента ГМГ -коа редуктазы; Б. Аденозина; В. Фосфодиэстеразы; Г. Аденилатциклазы.	А
87.	К основному фармакологическому эффекту стероидных противовоспалительных средств относят: А. пермиссивный; Б. жаропонижающий; В. антибактериальный; Г. противовирусный.	А
88.	При ежедневном использовании глюкокортикостероидов угнетение функции надпочечников наступает через (день) А. 7 – 8; Б. 2 – 3; В. 4 – 5; Г. 10 – 12.	А
89.	Продолжительность действия салбутамола составляет (час) А. 4-6; Б. 8-9; В. 10-12; Г. 24-48.	А
90.	Препаратом моноклональных антител к ig e является: А. Омализумаб; Б. Фенспирид; В. Зафирлукаст; Г. Монтелукаст.	А
91.	Блокатором лейкотриеновых рецепторов является: А. Монтелукаст; Б. Фенспирид; В. Эбастин; Г. Хлоропирамин.	А
92.	Фамотидин блокирует: А. H2-рецепторы; Б. M2-ионные каналы; В. H1-рецепторы;	А

	Г. D1-рецепторы.	
93.	Ингибиторы протонного насоса обеспечивают уровень внутрижелудочного pH на уровне _____ и выше более 18 часов в сутки: А. 3,0; Б. 5,0; В. 7,0; Г. 7,5.	А
94.	Заместительная терапия при внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы показана к проведению при стеаторее более (г/сут): А. 15; Б. 7; В. 5; Г. 2.	А
95.	Биодоступность ферментативных препаратов в микрогранулах составляет (%): А. 100; Б. 75; В. 50; Г. 10.	А
96.	Антистафилококковым препаратом, производным изоксазолпенициллинов, является: А. Оксациллин; Б. Ампициллин; В. Амоксициллин; Г. Тикарциллин.	А
97.	Препаратом, способным вызвать апластическую анемию, является: А. Хлорамфеникол; Б. Гентамицин; В. Амикацин; Г. Мидекамицин.	А
98.	Ганцикловир с целью профилактики цитомегаловирусной инфекции используется в режиме __ г 3 раза в сутки: А. 1; Б. 2; В. 3; Г. 5.	А
99.	Этиотропным средством лечения рожи являются А. Антибиотики; Б. противовоспалительные средства; В. глюкокортикостероиды; Г. мажевые повязки.	А
100.	Этиотропная терапия гриппа проводится препаратами А. Противовирусными; Б. Антибактериальными; В. Иммуносупрессорными; Г. Противовоспалительными.	А
101.	Для регидратационной терапии используют: А. Кристаллоиды; Б. Энтеросорбенты; В. Коллоиды;	А

	Г. Плазмозаменители.	
102	Основным методом лечения чумы является: А. Антибиотикотерапия; Б. Дегидратация; В. Десенсибилизация; Г. Регидратация.	А
103	Для восполнения дефицита фактора viii используют: А. Октанат; Б. Бебулин; В. Фактонин; Г. Агемфил В.	А
104	К препаратам выбора при лечении вариантной стенокардии относят: А. антагонисты кальция; Б. Никорандил; В. бета-адреноблокаторы; Г. ингибиторы АПФ.	А
105	При наличии противопоказаний к приёму бета- адреноблокаторов больным со стабильной стенокардией напряжения может быть назначен: А. Ивабрадина гидрохлорид; Б. Гидрохлоротиазид; В. Эналаприл; Г. Нифедипи.	А
106	Аутоиммунный гепатит эффективно лечится: А. Преднизолоном; Б. Панкреатином; В. Рибавирином; Г. Интерфероном.	А
107	В терапию хронического панкреатита с секреторной недостаточностью включаются: А. ферменты (панкреатин); Б. кортикостероиды; В. сосудистые препараты; Г. ингибиторы АПФ.	А
108	Наибольшим ульцерогенным эффектом обладает: А. Кеторолак; Б. Парацетамол; В. Трамадол; Г. Ибупрофен.	А
109	Селективность действия лекарственного вещества зависит от: А. дозы; Б. периода полувыведения; В. способа приема; Г. связи с белком.	А
110	Проведение лекарственного мониторинга желательно при лечении: А. противосудорожными препаратами; Б. β2-симпатомиметиками; В. пенициллинами; Г. глюкокортикоидами.	А
111	Антидотом при отравлении наркотическими анальгетиками является:	А

	А. Налоксон; Б. Атропин; В. Флумазенил; Г. Аминостигмин.	
112	Антидотом при отравлении бензодиазепинами является: А. Флумазенил; Б. Налоксон; В. Атропин; Г. Панангин.	А
113	Антидотом при отравлении сердечными гликозидами является: А. Унитиол; Б. Рибоксин; В. Панангин; Г. Допамин.	А
114	Антидотом при отравлении трициклическими антидепрессантами является: А. Натрия гидрокарбонат; Б. Атропин; В. Адреналин; Г. Дигоксин.	А
115	Побочные эффекты при терапии препаратами железа включают: А. тошноту, рвоту, боли в эпигастрии, понос, запоры; Б. экстрасистолию, головную боль; В. боли в области сердца; Г. потерю сознания, тахикардию.	А
116	К побочным эффектам препаратов имидазола (мерказолил) относят: А. лейкопению, агранулоцитоз; Б. сонливость, апатию; В. уменьшение размеров щитовидной железы; Г. нарушения сердечного ритма.	А
117	Противопоказанием для применения гепарина является: А. геморрагический инсульт менее чем 6 месяцев назад; Б. инфаркт миокарда; В. глаукома; Г. бронхиальная астма.	
118	Передозировка симпатомиметиков вызывает: А. выраженную вазоконстрикцию; Б. брадикардию; В. атриовентрикулярную блокаду сердца; Г. уменьшение токсического действия фторотана.	А
119	Наилучшую переносимость с выраженным клиническим эффектом сочетает в себе: А. Метилпреднизолон; Б. Преднизолон; В. Триамцинолон; Г. Гидрокортизон.	А
120	Ингибиторы ангиотензин превращающего фермента абсолютно противопоказаны к назначению при: А. двустороннем стенозе почечных артерий; Б. снижении уровня креатинина; В. симптомной гипертензии; Г. декомпенсации хронической сердечной недостаточности.	А

121	Ингибиторы ангиотензин превращающего фермента абсолютно противопоказаны к назначению при: А. двустороннем стенозе почечных артерий; Б. снижении уровня креатинина; В. симптомной гипертензии; Г. декомпенсации хронической сердечной недостаточности.	А
122	Время «интервальной» терапии для предотвращения толерантности к нитратам составляет (час): А. 8-12; Б. 14-16; В. 18-20; Г. 40-46.	А
123	При капиллярных кровотечениях используется: А. Этамзилат натрия; Б. Варфарин; В. Тиклопидин; Г. Стрептолизин.	А
124	Нестероидные противовоспалительные препараты усиливают действие: А. Варфарина; Б. Нифедипина; В. Клонидина; Г. Азитромицина.	А
125	Для оральной регидратации больных лёгкими формами острых кишечных инфекций используется: А. Глюкосолан; Б. Хлосоль; В. Дисоль; Г. Трисоль.	А
126	Антидотом при отравлении метиловым спиртом и этиленгликолем (тормозной жидкостью) является: А. этиловый спирт; Б. гидрокарбонат натрия; В. перманганат калия; Г. атропин.	А
127	Антидотом при отравлении фосфорорганическими соединениями является: А. атропин; Б. Прозерин; В. этиловый спирт; Г. глюкоза.	А
128	Вероятность токсических эффектов увеличивается при комбинации гентамицина с: А. Фуросемидом; Б. Пенициллином; В. Метилксантинами; Г. Макролидами.	А
129	Вероятность токсического действия сердечных гликозидов увеличивается при: А. гипокалиемии; Б. Гипонатриемии; В. Гипокальциемии;	А

	Г. Гипермагниемии.	
130	Наибольшей нефротоксичностью характеризуются: А. аминокликозиды; Б. Макролиды; В. Нитрофураны; Г. Р-лактамы.	А

3.1.2. Ситуационные задачи

2 семестр

ПК-2

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

На приеме у терапевта пациентка 55 лет, выявлено увеличение аминотрансфераз печени, превышающие верхнюю границу нормы в 2,5 раза. Принимает симвастатин по назначению кардиолога в связи с гиперхолестеринемией. При опросе выявилось, что пациентка запивает препарат грейпфрутовым соком.

Вопросы:

1. Нужны ли дополнительные рекомендации?
2. На сколько повысится значение АУС, если симвастатин и грейпфрутовый сок принимать одновременно?

Ответ:

1. Известно, что симвастатин всасывается на 100%, однако только 5% препарата попадает в системный кровоток, поскольку препарат подвержен активному метаболизму первичного прохождения через печень. Грейпфрутовый сок полностью ингибирует первичное прохождение тех препаратов, которые метаболизируются путем взаимодействия с СYP3A4.

2. Поскольку усвояемость при пероральном приеме препарата лишь 5%, следовательно, 95% подвергается первичному прохождению. Полное ингибирование этого метаболического пути повысит усвояемость до 100%, т.е. в 20 раз. Следовательно, АУС вырастет в 20 раз. Таким образом, у пациентки имеется токсическое повреждение печени, вызванное нарушением метаболизма симвастатина вследствие одновременного приема с грейпфрутовым соком. Необходимо: отказаться от грейпфрутового сока, назначить гепатопротектор (урсодезоксихолевую кислоту 10-13 мг на кг массы тела) на 3 мес.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Пациентка М., 45 лет. В течение 20 лет принимает 50-100 мг диклофенака по поводу ревматоидного артрита, периодически комбинирует с преднизолоном 10 мг в сутки. На очередном визите к ревматологу предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, дискомфорт в эпигастральной области, ночную изжогу.

При общем осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов. При физикальном обследовании отмечается умеренная болезненность в эпигастральной области.

Проведено обследование, в результате которого выявлено: в клиническом анализе крови - гипохромная анемия средней степени тяжести, в биохимическом анализе крови – снижение уровня сывороточного железа, выполнена ФЭГДС – гиперемия, отек, эрозии, язва антрального отдела желудка, сосуд с тромбом серого цвета, следы содержимого цвета «кофейной гущи» на стенках желудка.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?
2. Каковы факторы риска развившегося состояния?
3. Патогенез развившегося осложнения.
4. Тактика ведения. Профилактика.

Ответ:

1. Диагноз: НПВС-гастропатия: язва желудка, осложненная кровотечением. Факторы риска НПВС-гастропатии разделены на установленные и возможные (Е. Л. Насонов, 2000).

2. К установленным риск-факторам относятся:

- пожилой возраст;
- гастродуоденальные язвы или желудочно-кишечные кровотечения, прочие гастроэнтерологические болезни в анамнезе;
- сопутствующие заболевания и синдромы (артериальная гипертензия, сердечная, печеночная, почечная недостаточность) и их лечение (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики);
- совместный с НПВС прием антикоагулянтов, глюкокортикоидов или других НПВС (кроме низких доз ацетилсалициловой кислоты); - прием высоких доз НПВС;
- длительность НПВС-терапии менее 3 месяцев; - применение НПВС с длительным периодом полувыведения и ЦОГ-2- неселективных.

3. К возможным риск-факторам НПВС-гастропатий относятся:

- наличие ревматоидного артрита;
- женский пол;
- курение;
- употребление алкоголя;
- инфекция *Helicobacter pylori*.

НПВС оказывают как прямое токсическое влияние на слизистую гастродуоденальной области (как правило, в течение короткого времени после приема препарата), так и вызывают повреждение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта связанное с блокадой циклооксигеназного пути и подавлением синтеза простагландинов.

4. Тактика ведения пациентов: 1. Экстренная ФГС, при необходимости с эндоскопическим гемостазом. 2. Немедленное внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (эзомепразол 40 мг в вену 2-3 раза в день 3-5 дней), с последующим приемом препарата ИПП (рабепразол) 20 мг 2 раза в день в течение 2-3 недель, далее в режиме поддерживающей терапии 1 раз в день. Длительный прием ИПП требует диагностики статуса по Хеликобактер пилори, при наличии – эрадикационная терапия. 3. Выявление и устранение (модифицируемых – курение, прием алкоголя)) факторов риска. 4. Отмена НПВП, при невозможности отмены – назначение ЦОГ2 селективных НПВП (например, целекоксиб).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Пациентка, 51 года, с ИБС: постинфарктным кардиосклерозом принимает с целью коррекции липидного обмена (ХС = 10,2ммоль/л) аторвастатин в дозе 80 мг/сут. Через месяц лечения пациентка посетила аптеку для приобретения препарата с целью продолжения курса лечения. В диалоге с провизором пациентка отметила появление миалгии, мышечной слабости.

Вопросы:

1. Какая наиболее вероятная причина развития указанных симптомов?
2. Каковы должны быть действия провизора при получении информации об указанных симптомах?

Ответ:

1. Наиболее вероятной причиной возникновения указанных симптомов является развитие миопатии - побочного эффекта при приеме статинов. 2. Рекомендации по уменьшению дозы, обязательна консультация врача для проведения лабораторного контроля липидного спектра и уровня миоглобина.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

У пациента, перенесшего инфаркт миокарда, выявлены тяжелые желудочковые нарушения ритма. Назначен амиодарон, который привел к подавлению желудочковой аритмии. Через 1,5 года терапии у пациента появилась одышка, рентгенограмме выявлены изменения, характерные для интерстициального поражения легких.

Вопросы:

1. С чем могут быть связаны изменения в легких? Какой может быть тактика врача в данной ситуации?

Ответ:

1. У пациента развился интерстициальный пневмонит, как осложнение терапии амиодароном. Отмена амиодарона и назначение бета-адреноблокаторов для лечения желудочковых аритмий и для профилактики смерти от аритмий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Пациента с тяжелой сердечной недостаточностью в течение длительного времени получал фуросемид. У него появилась выраженная слабость, участились желудочковые экстрасистолы, в крови выявлено снижение уровня калия и магния.

Вопросы:

1. С чем связано ухудшение состояния пациента?
2. Как можно скорректировать терапию?

Ответ:

1. Ухудшение состояния пациента связано с развитием гипокалиемии и гипوماгнемии в результате длительной терапии фуросемидом.
2. Назначить калийсберегающие диуретики, например, спиронолактон.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Пациент С., 47 лет, наблюдается амбулаторно. На момент обращения предъявлял жалобы на повышенную утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, эпизоды головных болей, чаще по утрам, раздражительность, головокружения, нечеткость зрения. В анамнезе около 5 лет отмечает повышение артериального давления до максимальных цифр систолического АД 170 мм рт. ст. и диастолического АД 100 мм рт. ст. Работает в сфере торговли, ведет малоподвижный образ жизни, диету не соблюдает, курит до 20 сигарет в сутки, употребление алкоголя - редкое, умеренное. Амбулаторно принимал периндоприл в дозе 8 мг 1 раз в сутки. До недавнего времени удавалось контролировать АД на цифрах 130-145 / 85-95 мм рт. ст. на дозе периндоприла 8 мг в монотерапии. Однако в течение последних 6 мес набрал в весе более 8 кг, в последние 2 мес отметил эпизоды головных болей, головокружений на фоне подъема АД до 160/100 мм рт. ст., что и стало поводом для обращения.

При осмотре обнаружено избыточное развитие подкожной жировой клетчатки, распределение по мужскому типу, рост 174 см, вес 113 кг, окружность талии 121 см, индекс массы тела (ИМТ) - 37,3 кг/м².

АД на правой руке 150/95 мм рт. ст., на левой - 145/90 мм рт. ст. В результате обследования отмечены: уровень глюкозы натощак ближе к верхней границе нормы (5,1 ммоль/л), повышенный уровень триглицеридов (ТГ) 1,8 ммоль/л, уровень липопротеидов в пределах нормы (липопротеиды высокой плотности (ЛВП) 1,3 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛНП) 2,8 ммоль/л), белок в моче не обнаружен, креатинин сыворотки в пределах нормы 95 мкмоль/л, на ЭКГ - отклонение ЭОС влево, без патологических изменений, на ЭхоКГ - умеренная гипертрофия миокарда.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите цели лечения.
3. Определите тактику ведения.

Ответ:

1. Наличие у пациента абдоминального ожирения и АГ, а также повышенный уровень триглицеридов свидетельствует о наличии метаболического синдрома (МС).

2. Цели лечения больных с МС: - снижение массы тела; - достижение хорошего метаболического контроля; - достижение оптимального уровня АД; - максимальное предупреждение острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений.

3. Пациенту рекомендовано снизить калорийность пищи, отказаться от курения, потребление соли до 5 г/сут, добавить к терапии периндоприлом прием препарата алискирен, также пациенту рекомендован прием статинов для коррекции дислипидемии. Для лечения ожирения возможен прием орлистата или сибутрамина.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Больная С., 67 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на сухость во рту, жажду, зуд в промежности, боли в животе, преимущественно в правом подреберье. В анамнезе: около 6 лет - сахарным диабетом. Принимает манинил (глибенкламид) по 5 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды и сиофор (метформин) по 500 мг 1 раз в сутки во время ужина. В течение последних 10 дней по рекомендации невропатолога принимает пираретам и никотиновую кислоту. При осмотре: пациентка повышенного питания, кожные покровы сухие, АД 160/90 мм рт. ст., ЧСС 82. Глюкоза крови 21,5 ммоль/л, HbA1c 7,9%, повышение уровня печеночных ферментов (АЛТ и АСТ) более чем 2 раза от верхней границы нормы, кетоацидоз.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Предложите тактику фармакотерапии.
3. Укажите причины развития данного состояния.
4. Объясните причины повышения печеночных трансаминаз.

Ответ:

1. Сахарный диабет II типа, гипергликемия.
2. Назначение коротким курсом инсулинотерапии с последующим переходом на ПССС.
3. Развитие гипергликемии связано с одновременным приемом никотиновой кислоты, которая снижает эффективность препаратов сульфонилмочевины.
4. Повышение печеночных трансаминаз, вероятно, связано с НЛР препаратов сульфонилмочевины - токсическим воздействием на печень.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Больная, 32 лет, предъявляет жалобы на раздражительность, плаксивость, похудение на 20 кг. Больна в течение года. При осмотре определяется увеличение передней поверхности шеи, щитовидная железа диффузно увеличена, плотной консистенции. Пульс 120 в минуту.

Вопросы:

1. Какой диагноз вы поставите?
2. Какое лечение показано больной?

Ответ:

1. У больной диффузный тиреотоксический зоб, тиреотоксикоз.
2. После интенсивной предоперационной подготовки (мерказолил с тиреоидином, седативные препараты, бета-адреноблокаторы) показано оперативное лечение.

ПК-3

(ПК-3.1)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

65-летняя женщина, страдающая депрессией и остеоартритом, была госпитализирована 1 месяц назад по поводу тромбоза глубоких вен левой голени. Её фармакотерапия включала флуокситин 10 мг ежедневно, варфарин 5 мг в день, кроме того, с целью обезболивания ей был назначен кодеин. После начала фармакотерапии пациентка отмечает снижение эффективности кодеина. К терапии был добавлен трамодол. Пациентка дополнительно принимала индометацин. Два дня назад Вы добавили к терапии ципрофлоксацин для лечения обострения хронического пиелонефрита. Сегодня у пациентки появились кровоподтеки на руках, и она говорит, что её стали беспокоить ночные кошмары.

Вопросы: 1. Причина появления осложнений.

Ответ:

1. Речь идет о нежелательных реакциях при применении лекарственных средств. Геморрагический синдром (кровоподтеки) – результат межлекарственного взаимодействия варфарина с ципрофлоксацином и индометацином. Варфарин и ципрофлоксацин – фармакокинетическое взаимодействие на уровне биотрансформации в печени. Ципрофлоксацин ингибирует CYP1A2 и CYP3A4, участвующие в метаболизме варфарина, в результате повышается концентрация варфарина в крови и выраженность его фармакодинамических эффектов. Варфарин и индометацин – фармакокинетическое взаимодействие на уровне связи с белками плазмы: повышение свободной фракции варфарина. Фармакодинамическое взаимодействие – к эффектам варфарина добавляется угнетение агрегации тромбоцитов на фоне приема индометацина. Ночные кошмары – результат межлекарственного взаимодействия флуокситина (флуороквиналон) и трамадола (так называемый серотониновый синдром), а также индометацина и ципрофлоксацина, сопровождающимися изменениями в ЦНС. Межлекарственное взаимодействие флуокситина и кодеина сопровождается снижением трансформации кодеина в морфин.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

К стоматологу обратилась мама с ребенком двух лет с жалобами на разрушение зубов у мальчика. Из анамнеза известно, что зубы прорезались вовремя, однако затем в течение 5-6 месяцев разрушались. При осмотре зубов: резцы почти полностью разрушены, эмаль зубов желтого цвета, края резцов имеют пилообразную форму, многие зубы поражены кариесом, у шейки зубов коричневая кайма.

Из анамнеза установлено, что мама принимала лечение от хламидийной инфекции в первом триместре беременности (не знала, что беременна).

Вопросы:

1. Из какой группы, антибиотик, вероятнее всего принимала мать ребенка?
2. Какова тактика ведения ребенка?

Ответ:

1. Свойством накапливаться в костной ткани плода обладают антибиотики из группы тетрациклинов. Учитывая, что тетрациклины образуют труднорастворимые комплексы с кальцием и депонируются в костной ткани, не только в тканях зубов, но и скелета, необходимо наблюдении у ортопеда и стоматолога для своевременной коррекции костного статуса.

2. По этой причине тетрациклины не следует назначать детям до 12 лет и беременным.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Больная А., 68 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, отеки ног, общую слабость. В анамнезе инфаркт миокарда 6 лет назад. Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение месяца. К врачу не обращалась, не лечилась.

Вопросы:

1. Предложите препараты, которые необходимо назначить больной:

Ответ:

1. Больная с клиникой сердечной недостаточности на фоне постинфарктного кардиосклероза должна получать: ингибиторы АПФ (энап), бета-адреноблокаторы (метопролол), учитывая отечный синдром, дополнительно мочегонные (фуросемид). Кроме того, данной пациентке целесообразно назначить антиагреганты (ацетилсалициловую кислоту) и препарат группы статинов (симвастатин).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Больной С., 15 лет, госпитализирован скорой медицинской помощью с жалобами на приступ удушья и зуд в области лица и шеи. При осмотре: отмечается отечность лица, более выраженная в области губ, век, правой щеки, слизистой оболочки ротовой полости и языка; на

коже лица имеются единичные волдыри и эритематозные высыпания. На правой щеке виден след от укуса пчелы. При попытке проведения ларингоскопии отмечается выраженный отек слизистой оболочки носоглотки и гортани (субкомпенсированный стеноз). ЧД=30 в минуту. ЧСС 98 в мин. АД 110/75 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Предложите лечение.

Ответ:

1. Ангионевротический отек.
2. При остром ангионевротическом отеке глотки или гортани в качестве средства скорой помощи назначают эпинефрин (что обычно предотвращает развитие обструкции верхних дыхательных путей) и глюкокортикоиды внутрь. Если отек продолжает прогрессировать, больному может потребоваться интубация трахеи. При развитии анафилактического шока применяют ГКС внутривенно, вазопрессоры, инфузионную терапию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Больная, 59 лет, поступила в стационар с жалобами на усиление кашля с выделением мокроты желтоватого цвета, особенно в ночные и утренние часы, одышку и повышение температуры тела до 37,8° в последние 2-3 дня. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые простудные заболевания, с 23 до 45 лет курила по 10 сигарет/день, работала маляром. Сейчас на пенсии, не курит 14 лет. Периодически лечилась в стационарах с диагнозом хронический бронхит. Принимает по необходимости ингаляции вентолина 2-3 раза в день, в последние дни - до 3-6 раз в сутки. ОФВ1 52% ДВ, ОФВ1/ФЖЕЛ <0.7, проба на обратимость/увеличение ОФВ1 на 10%. Анализ крови: л-9000, п/я 13, СОЭ 12 мм/час. Анализ мокроты: л - 18, э - 7, эпителиальные клетки -незначительно. Бактериальный анализ мокроты: гемофильная палочка, стрептококк пневмонический.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Выбор антибактериального и бронходилатирующего средства

Ответ:

1. ХОБЛ, средней тяжести течения, обострение.
2. Антибиотик: амоксициллин/клавулановая кислота или респираторные фторхинолоны, или цефалоспорины 2-3 поколения. Бронходилататор: При лечении ХОБЛ для уменьшения одышки применяют β2-адреномиметики (формотерол), м-холиноблокаторы (тиотропия бромид) (или комбинированные препараты β2-адреномиметик + м-холиноблокатор), препараты теофиллина пролонгированного действия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Пациенту с обострением язвенной болезни желудка, у которого не была обнаружена инфекция *Helicobacter pylori*, был назначен фамотидин по 40 мг/сут. Однако через неделю лечения больного по-прежнему беспокоили «голодные» и ночные боли в эпигастральной области.

Вопросы:

1. Какова возможная причина неэффективности фамотидина?
2. Препарат из какой фармакологической группы следует назначить вместо фамотидина?

Ответ:

1. Фамотидин блокирует один из трех типов рецепторов на поверхности париетальных клеток, воздействуя на которые, можно блокировать образование HCl. Если активность H2-гистаминовых рецепторов не является преобладающей при активации кислотопродукции у данного больного, H2 блокаторы будут неэффективны.

2. Следует назначить ингибитор протонной помпы, так как эффект препаратов этой фармакологической группы не зависит от преобладающего у данного больного типа рецепции обкладочных клеток желудка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

У пациентки, 56 лет, с повышенной массой тела появились тянущие боли в правом подреберье. Размеры печени не увеличены, пальпация в точке желчного пузыря болезненна. При УЗИ органов брюшной полости обращают на себя внимание незначительное увеличение размеров, уплотнение стенок желчного пузыря.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Предложите тактику фармакотерапии.
3. Как изменится тактика лечения при наличии в желчном пузыре камней диаметром, равным диаметру желчных протоков?

Ответ:

1. Острый холецистит.
2. Пациентке показано назначение спазмолитиков (дротаверин, папаверин)
3. При наличии камней необходимо решить вопрос о проведении оперативного лечения из-за возможности развития обтурационной желтухи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Больной, 45 лет, после аллотрансплантации почки предъявляет жалобы на хронический запор. При осмотре живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. При ректальном исследовании патологии не выявлено. В биохимических анализах обращает внимание повышение уровня креатинина до 162 мкмоль/л, уровень калия в пределах нормы.

Вопросы:

1. Какой слабительный препарат наиболее предпочтительно использовать у данного пациента?

Ответ:

1. У больных с хронической почечной недостаточностью наиболее предпочтительно использование солевых слабительных, например, лактулозы.

ПК-3

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

На приеме у терапевта пациент 19 лет, направлен с воинской части в связи с повышением температуры до 38 градусов в течение 3 дней, одышкой и головокружением в течение последних суток. Принимал амоксилав в течение 2 суток, без эффекта. Ранее был здоров.

При осмотре – общее состояние тяжелое, питание сохранено, гиперемия лица. Частота дыхания 24 в минуту. При перкуссии над легкими притупление перкуторного звука над нижней долей справа. Аускультативно над нижней долей правого легкого ослабленное везикулярное дыхание и единичные мелкопузырчатые хрипы. АД 80 и 60 мм рт ст.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какова тактика ведения пациента?

Ответ:

1. Экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии, так как имеются признаки инфекционно-токсического шока. Учитывая анамнез, можно предположить, что у пациента развилась пневмония нижней доли правого легкого. Для подтверждения диагноза показана рентгенография легких, общеклиническое исследование крови.

2. Показана немедленная антибактериальная терапия, предпочтительнее антибиотик из группы макролидов (пациент – молодой человек без фоновых заболеваний, заболел в условиях

скученности, вероятнее «атипичный возбудитель») (кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки в вену в течение 5-7 дней). Коррекция антибактериальной терапии после исследования мокроты на чувствительность к антибиотикам.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

У больного, принимающего в течение 3 сут де-Нол (висмута трикалия дицитрат) по поводу обострения язвенной болезни желудка, возникли рвота (рвотные массы содержали примесь черного цвета), жидкий черный стул 4 раза в сутки, общая слабость. При осмотре: кожные покровы бледные, ЧСС - 106 в минуту, АД в положении лежа - 90/50 мм рт. ст. Отмечается болезненность при пальпации живота в эпигастальной области.

Вопросы:

1. Можно ли предположить, что окрашивание стула в черный цвет у данного больного возникло в результате приема препарата висмута?
2. Какие факты доказывают или опровергают данное предположение? Какие инструментальные и лабораторные методы исследования подтвердят или опровергнут предположение? Каковы ваши действия в отношении данного больного?

Ответ:

1. Окрашивание кала в черный цвет в данном случае не связано с применением препарата висмута.
2. У больного отмечены: бледность, тахикардия, артериальная гипотензия (признаки кровотечения), рвота цвета «кофейной гущи» (признак желудочно-кишечного кровотечения). Кровотечение может быть установлено и остановлено при ЭГДС. Общий анализ крови подтвердит анемию (анемия возникает через несколько часов после развития кровотечения, вследствие острой кровопотери с последующим полным или частичным восстановлением ОЦК за счет межклеточной или вводимой внутрь/парентерально жидкости; так как прежнее количество форменных элементов крови восстанавливается достаточно долго, количество эритроцитов и гемоглобина в 1 л крови снижается). Должна быть экстренно вызвана бригада скорой помощи. Самостоятельные попытки лечения данного больного с отсрочкой введения ему плазмозамещающих растворов, установления источника и остановки кровотечения могут привести к смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Пациенту с обострением язвенной болезни желудка, у которого не обнаружен *Helicobacter pylori*, назначен фамотидин по 40 мг/сут. Однако через неделю лечения больного по-прежнему беспокоили «голодные» и ночные боли в эпигастальной области.

Вопросы:

1. Какова возможная причина неэффективности фамотидина?
2. Препарат какой фармакологической группы следует назначить вместо фамотидина?

Ответы:

1. Фамотидин блокирует один из трех типов рецепторов на поверхности париетальных клеток, воздействуя на которые, можно блокировать образование HCl. Если активность H₂-рецепторов не преобладает при активации кислотопродукции у данного больного, H₂-блокаторы будут неэффективны.
2. Следует назначить ингибитор протонной помпы - эффект препаратов этой фармакологической группы не зависит от преобладающего у данного больного типа рецепции обкладочных клеток желудка.

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Контрольные вопросы к зачету

2 семестр

ПК-2

1. Взаимодействие лекарственных препаратов. Виды. Их характеристика.
2. Фармакоэкономика. Ее значение в клинической фармакологии. Виды фармакоэкономического анализа.
3. Характер взаимодействия лекарственных средств.
4. Клинические аспекты фармакокинетики лекарственных средств.
5. Виды фармакотерапии. Принципы рациональной фармакотерапии.
6. Пути введения лекарственных средств, их сравнительная характеристика.
7. Особенности клинической фармакологии в гериатрии.

ПК-3

8. Фармакотерапия не осложненного гриппа, ОРВИ.
9. Первая медицинская помощь при лекарственных отравлениях.
10. Принципы рациональной терапии снотворными и седативными препаратами.
11. Антибактериальная терапия хронического бронхита.
12. Клиническая фармакология бронхолитиков. Особенности применения. Побочные эффекты. Противопоказания.
13. Клиническая фармакология противогрибковых препаратов. Классификация, побочные эффекты.
14. Клиническая фармакология антикоагулянтов непрямого действия. Особенности применения, контроль безопасности и эффективности терапии.
15. Фармакотерапия гипертонического криза.
16. Механизм действия нитратов, побочное действие. Противопоказания для назначения. Понятия толерантности к нитратам.
17. Лекарственная терапия тахисистолической формы мерцательной аритмии.
18. Основные группы бронхолитических средств. Особенности назначения бронхолитических средств. Правила пользования ингаляторами.
19. Фармакотерапия острого инфаркта миокарда. Современные стандарты. Терапия на реабилитационном этапе.
20. Принципы рациональной антибиотикотерапии.
21. Клиническая фармакология антигистаминных препаратов. Классификация, побочные эффекты.
22. Антибиотикопрофилактика в терапии. Требования к ее проведению.
23. Требования к гипотензивному средству. Причины отсутствия эффекта гипотензивной терапии.
24. Пути оптимизации антибактериальной терапии. Характеристика побочных реакций типа А, В (примеры, профилактика их возникновения).
25. Побочные эффекты антибиотиков.
26. Фармакотерапия сахарного диабета. Побочные эффекты терапии.
27. Классификация препаратов для лечения гиперацидного синдрома.
28. Клиническая фармакология откашливающих препаратов. Особенности применения.
29. Лекарственные средства, используемые для лечения аритмий. Методы лечения аритмий.
30. Клиническая фармакология лекарственных средств H₂-гистаминоблокаторов. Побочные эффекты. Противопоказания.
31. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии.
32. Основные фармакологические и побочные эффекты нестероидных противовоспалительных средств. Показания для их использования.

33. Клиническая фармакология психотропных лекарственных средств. Классификация, показания, побочные эффекты.
34. Особенности лекарственной терапии при заболеваниях почек (гломерулонефрит).
35. Использование неформулярных препаратов. Генерические и терапевтические замены лекарственных препаратов.
36. Клиническая фармакология антикоагулянтов прямого действия. Особенности применения и контроля за безопасностью терапии. Побочные эффекты, противопоказания.
37. Нейролептики. Побочные эффекты нейролептиков.
38. Клиническая фармакология бета-блокаторов. Особенности применения. Побочные эффекты. Противопоказания.
39. Клиническая фармакология противоязвенных препаратов.
40. Терапия бронхиальной астмы.
41. Причины, механизмы развития хронической ишемической болезни сердца, понятие базовой терапии.
42. Побочные эффекты антибактериальных средств, их профилактика.
43. Первая лекарственная помощь при стенокардии, остром коронарном синдроме.
44. Классификация антибактериальных средств по механизму действия, химической структуре.
45. Классификация лекарственных средств для лечения бронхообструктивного синдрома. Побочные эффекты. Противопоказания.
46. Особенности фармакотерапии артериальной гипертензии у беременных. Показания, побочные эффекты.
47. Фармакологическая коррекция ишемии миокарда. Основные группы антиангинальных препаратов, их характеристика.
48. Клиническая фармакология дезагрегантных препаратов (классификация, механизм действия, побочные эффекты).
49. Клиническая фармакология гипотензивных препаратов. Классификация гипотензивных средств. Показания, побочные эффекты.
50. Парентеральное питание. Компоненты полного и частичного парентерального питания.
51. Принципы формирования и функционирования формулярной системы ЛПУ.
52. Характеристика лекарственных препаратов для лечения брадиаритмий.
53. Классификация лекарственных препаратов, влияющих на систему гемостаза. Принципы лабораторного контроля за терапией.
54. Классификация противоаритмических средств. Показания, побочные эффекты.
55. Первая медицинская помощь при анафилактическом шоке, профилактика анафилаксии.
56. Факторы, влияющие на эффективность использования лекарственных препаратов у детей.
57. Клиническая фармакология антацидных препаратов. Их характеристика. Побочные эффекты терапии.
58. Основные фармакологические и побочные эффекты опиоидов. Показания для их использования.
59. Фармакотерапия сахарного диабета. Побочные эффекты терапии.
60. Клиническая фармакология кардиотонических средств. Побочные эффекты, противопоказания.
61. Факторы, влияющие на эффективность использования лекарственных препаратов при беременности и кормлении грудью.

ПК-3

62. Характеристика нежелательных эффектов лекарственных средств, возникающих при использовании их в терапевтической дозе.

63. Характеристика нежелательных эффектов лекарственных средств, возникающих при передозировке.
64. Побочное действие лекарственных средств. Классификация нежелательных эффектов.
65. Характеристика нежелательных эффектов лекарственных средств, независимых от дозы препарата.
66. Характеристика побочных реакций типа С, D (примеры, профилактика их возникновения).
67. Мониторинг побочных реакций, виды выявления побочных реакций.
68. Метод спонтанных сообщений. Рецептурный мониторинг. Характеристика побочных реакций в зависимости от вероятности возникновения. Шкала Наранжо. Характеристика, достоинства, недостатки.
69. Факторы, влияющие на эффективность использования лекарственных препаратов у пожилых.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (или) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Подготовка оценочных материалов для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, проведения контроля остаточных знаний, диагностической работы и других оценочных мероприятий

Тестирование:

Тестирование представляет собой выполнение обучающимися тестовых заданий, включающих в себя:

1. Выполнение тестовых заданий с выбором одного правильного ответа (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 3 (трех) минут на одно задание);

2. Выполнение тестовых заданий на установление правильной последовательности или соответствия (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 5 (пяти) минут на одно задание);

3. Выполнение тестовых заданий с развернутым ответом (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 7 (семи) минут на одно задание).

Эталоны правильных ответов (ключи правильных ответов) к тестовым заданиям представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Письменные и устные задания, предполагающие предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа:

- ситуационные задачи, практические задания, лабораторные работы, учебно-исследовательские работы, учебные истории болезней (далее – практические задания) (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 30 (тридцати) минут).

Решение/выполнение практических заданий определено следующими «ключами»:

Шаг 1. Изучение условий практических заданий, предполагающее внимательное прочтение. На данном этапе важно понять какие процессы происходят, какие роли выполняют «участники практического задания», какие данные предоставлены и что требуется решить/выполнить (то есть какой результат должен быть получен).

Шаг №2. Анализ условий практического задания. В данном случае важно определить описанные тенденции, стороны, числовые данные (показатели или иные точные сведения). Не помешает соотнести заявленные сведения с теоретическими канонами и определить: какие формулы допустимы, какие правила применимы в данной ситуации или случае, нормы и пр.

Шаг №3. Сортировка данных и построение логики решения. На данном этапе важно классифицировать сведения и установить их связь с определёнными научными, учебными и иными критериями, подобрать наиболее подходящие условия, формулы, алгоритмы, методики, правила и пр.

Шаг №4. Определение точной последовательности действий. В данном случае важно определить достаточность данных для решения/выполнения практического задания, необходимость и способы получения дополнительной или недостающей информации для выработки решения. По результатам четвертого шага ординатор должен определить точную последовательность действий и описать ее в виде решения по этапам, обосновав каждый момент.

Шаг №5. Оформление практического задания. Данный вариант зависит от условий его реализации: достаточно устно озвучить решение и обосновать его, в виде письменного ответа на задание – представить в соответствующем виде (кратко, емко и обоснованно изложив ход мыслей и решения, результат).

- *ответы на вопросы для опроса в ходе текущего контроля, ответы на вопросы для зачета/зачета с оценкой, ответы на вопросы экзамена* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 25 (двадцати пяти) минут;

Подготовка к устному ответу строится с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Вдумайтесь в формулировку данного вопроса.

Шаг №2. Посмотрите на вопрос, как на задачу. Проведите анализ (какими фактами Вы располагаете, к какому выводу можно подвести слушателей).

Шаг №3. Выделите главную мысль; разбейте знания по вопросу на смысловые абзацы; убедитесь, что всё понятно.

Шаг №4. Разделите лист ответа на две части.

- в левой наметьте план ответа. Следите, чтобы этапы плана не нарушали логических рассуждений.

- в правой части сделайте необходимые выборки к пунктам плана: примеры, правила, формулировки, схематические записи. Убедитесь, что каждый этап плана обоснован. Особое внимание обратите на наиболее важные факты.

Шаг №5 Выстройте четкий с применением профессиональных терминов, логический ответ. Минимизируйте при ответе «общую информацию», строго отвечайте на поставленный вопрос. Речь должна быть внятной, аргументы доказательными. Будьте готовы к возможным дополнительным уточняющим вопросам по заявленной теме.

При выполнении письменных и устных заданий, предполагающих предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа необходимо подробно ответить на поставленные теоретические вопросы, описать ход выполнения (решения) практической составляющей, сформулировать выводы и интерпретировать полученные результаты.

Практические навыки – (10-25 минут) демонстрируются с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Выслушайте/прочтите объяснения преподавателя. Этап теоретического осмысления работы.

Шаг №2. Показ. Этап инструктажа.

Шаг №3. Проба. Этап, на котором 2-3 ординатора выполняют работу, а остальные наблюдают и под руководством преподавателя делают замечания, если в процессе работы допускается ошибка.

Шаг №4. Выполнение работы. Этап, на котором каждый самостоятельно выполняет задание. В ходе демонстрации практических навыков обучающемуся необходимо:

- оснастить рабочее место с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения практического навыка (при необходимости),

- соблюдать все требования к безопасности;

- выполнить последовательно практические действия в соответствии с алгоритмом выполнения на специализированном оборудовании (манекене, муляже и пр.), ординаторе-волонтере, т.п.

- все действия обосновать.

Шаг №5. Контроль. На этом этапе работы ординаторов принимаются и оцениваются. Учитывается качество выполнения, бережное отношение к времени, скорость и правильное выполнение задания.

Доклады, рефераты, эссе – (15-25 минут) выполняются с использованием разработанного «ключа»:

Шаг №1. Тема реферата, доклада, эссе выбирается ординатором самостоятельно из предлагаемого перечня с учетом собственных интересов и возможностей.

Шаг №2. Реферат, доклад, эссе выполняется на основе теоретического анализа и обобщения данных научно-методической литературы.

Шаг №3. После выбора темы необходимо подобрать источники литературы и ознакомиться с их содержанием. При подборе литературы следует пользоваться электронными библиотечными системами, возможностями читального зала, консультаций профессорско-преподавательского состава кафедры. Литература по теме должна быть законспектирована и выписана на отдельные карточки. Это ускорит в дальнейшем составление списка литературы, плана реферата.

Шаг №4. После ознакомления с литературой разрабатывается структура (содержание) реферата.

Шаг №5. Теоретические выводы подкрепляются практическим материалом по выбранной теме.

Шаг №6. Подготовка реферата, доклада, эссе к защите с использованием презентации.

Шаг №7. Обсуждение в группе и оценка защиты реферата, доклада, эссе.

Общая продолжительность общего времени проведения оценочного мероприятия не должна превышать два академических часа (90 минут).