БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
«Сургутский государственный университет»

Утверждаю:
Проректор по учебно-методической работе
_____ Е.В. Коновалова
«17» июня 2021г.

Медицинский институт

Кафедра внутренних болезней

Рабочая программа практики
Производственная (клиническая) практика (вариативная)

Квалификация выпускника	Врач – гериатр
Наименование специальности	*31.08.31* *шифр* эндокринология *наименование*
Формаобучения	очная
Кафедра-разработчик	Кафедра внутренних болезней *наименование*
Выпускающая кафедра	Кафедра внутренних болезней *наименование*

2021 г.

Программа составлена в соответствии с требованиями:

Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.31 «Гериатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1073.

Авторы программы: к.м.н., доцент
Кафедры внутренних болезней Терентьева Н. Н.

Согласование программы:

Подразделение (кафедра/библиотека)	Дата согласования	Ф.И.О., подпись руководителя подразделения
Кафедра внутренних болезней	21.05.2021	Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор Арямкина О.Л.
Отдел комплектования	21.05.2021	Дмитриева И. И.

Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры внутренних болезней
«21» мая 2021 года, протокол № 10

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Арямкина О.Л.
Ученая степень, должность или ученое звание, Ф.И.О.

Программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета
«21» мая 2021 года, протокол № 7

Председатель УМС МИ к.м.н., доцент Лопацкая Ж.Н.
Ученая степень, должность или ученое звание, Ф.И.О.

Руководитель практики к.м.н., доцент Терентьева Н.Н.
Ф.И.О.

1. ЦЕЛЬ производственной (клинической) практики (вариативной части) (далее – практики) **«Вопросы диабетологии в гериатрия»** углубление теоретических знаний и повышение практической подготовки выпускника медицинского ВУЗа; подготовка высококвалифицированного специалиста, владеющего углубленными современными теоретическими знаниями и объемом практических навыков в области репродуктивной эндокринологии.

2. ЗАДАЧИ производственной (клинической) практики закрепление полученных знаний и формирование комплекса умений и навыков.

1. Формирование знаний по организации здравоохранения и правовым вопросам в условиях реформирования здравоохранения и гериатрической службы.
2. Сформировать и совершенствовать у обучающегося объем базовых фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-гериатра, способного успешно решать все профессиональные задачи.
3. Сформировать и совершенствовать у обучающегося высокий уровень клинического мышления для успешного осуществления своей профессиональной деятельности.
4. Сформировать и совершенствовать знания, умения в освоении и использовании инновационных технологий в сфере своей профессиональной деятельности.
5. Подготовить врача-специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно- диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказывать в полном объеме квалифицированную медицинскую помощь, в том числе при неотложных состояниях.
6. Развитие навыков проведения диагностических исследований и лечебных манипуляций.
7. Совершенствование профессиональных компетенций в диагностике и ранней профилактике наиболее распространенных заболеваний внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста.
8. Совершенствование знаний по интерпретации современных методов обследования в гериатрии.

3. МЕСТО производственной (клинической) практики **В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО**

Данная практика относится к вариативной части учебного плана образовательной программы. Производственная (клиническая) практика базируется на основе полученных ранее знаний по дисциплинам: гериатрия, хирургические болезни в пожилом и старческом возрасте, особенности инфекционных болезней в пожилом и старческом возрасте, неотложные состояния в пожилом и старческом возрасте, онкология, диетотерапия в гериатрии, заболевания нервной системы в пожилом и старческом возрасте, персонифицированная медицина.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и владения, формируемые дисциплинами: общественное здоровье и здравоохранение, педагогика, медицина чрезвычайных ситуаций, патология, клиническая фармакология, социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Производственная (клиническая) практика логически и содержательно-методически связана с другими дисциплинами Блока 1 (базовая часть) и Блока 3 (Государственная итоговая аттестация) и является неотъемлемой частью учебного плана.

4. МЕСТО И ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ производственной (клинической) практики

Семестр	Место проведения, объект
2, 3, 4	БУ ВО «Сургутский государственный университет», Симуляционно-тренинговый аккредитационный центр
2, 3, 4	БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница» структурные подразделения учреждения, БУ ХМАО-Югры «Геронтологический центр».

5. СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ производственной (клинической) практики – стационарный или выездной

6. ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ производственной (клинической) практики – непрерывно

7. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ, СООТНЕСЕННЫЕ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

7.1 Компетенции обучающегося, формируемые в результате прохождения производственной (клинической) практики

В результате прохождения данной практики обучающийся по программе ординатуры должен приобрести следующие знания, умения, навыки по: универсальным, профессиональным компетенциям:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Планируемые результаты обучения по практике
	Профессиональные	
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	знать: - международную классификацию болезней (МКБ). уметь: - На основании полученных диагностических данных поставить предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10; владеть: Проводить и оценивать результаты диагностических проб, лабораторных и инструментальных методов исследования при различных патологиях внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста.
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи	знать: - этиологию и патогенез заболеваний внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста; - применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; - основы рационального питания здорового организма, принципы диетотерапии в гериатрии; - современные методы обследования гериатрического больного (ЭКГ, рентгеновские, ультразвуковые, магнитнорезонансные, радионуклидные, ан-

		гиографические, биохимические и др.); - основы клинической фармакологии (фармакодинамика, фармакокинетика) основных групп лекарственных средств: применяемых для лечения гериатрических пациентов; - осложнения, вызываемые применением лекарств; - показания и противопоказания к хирургическому лечению, подготовку гериатрических больных к оперативному лечению; - клиническую, инструментальную диагностику и методы лечения заболеваний внутренних органов в пожилом и старческом возрасте; - особенности клиники и лечения заболеваний внутренних органов в пожилом и старческом возрасте; - клинику, дифференциальную диагностику и показания к госпитализации при неотложных состояниях у больных пожилого и старческого возраста; <u>уметь:</u> применить и обосновать схему, план и тактику ведения больного пожилого и старческого возраста, показания и противопоказания к назначению фармакотерапии. <u>владеть:</u> подбор и титрация лекарственных препаратов при различной патологии внутернних органов у пациентов пожилого и старческого возраста.
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	<u>знать:</u> - основы реаниматологии: основные методы реанимации при внезапной остановке кровообращения, синдромах острой дыхательной недостаточности, аллергических, коматозных состояниях, при повешении, утоплении, при воздействии физических факторов <u>уметь:</u>

		- оказывать первую, доврачебную и первую врачебную помощь пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; владеть: - навыками искусственной вентиляция легких без аппаратов; - навыками закрытого массажа сердца; - пункция и катетеризация периферических вен; - ингаляция кислорода.
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	знать: - принципы применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; - основы реабилитации больных пожилого и старческого возраста; - показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения; - основы рационального питания здорового организма, принципы диетотерапии у гериатрических пациентов; - принципы и варианты профилактики, ее организацию и методы профилактики основных заболеваний в гериатрии; уметь: - определить объем лечения и реабилитации больных в гериатрии; - определить показания для специальных методов исследования (лабораторных, рентгеновских, функциональных и др.); владеть: - методами реабилитации больных пожилого и старческого возраста, применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии.
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	знать: - организацию, порядок и структуру взаимодействия формирований и учреждений службы медицины катастроф и

		медицинской службы гражданской обороны с другими службами РСЧС и ГО при ликвидации медико-санитарных последствий в мирное и военное время; уметь: - ориентироваться в правовой базе Российской Федерации, регламентирующей вопросы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; - принимать управленческие решения по организации этапности оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; владеть: - методами оценки эффективность выполнения мероприятий по защите населения от воздействия поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; - алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

7.2. В результате прохождения практики ординатор должен:

Знать:

- общие и специальные методы исследования в эндокринологии у пожилых пациентов и пациентов старческого возраста с сахарным диабетом;
- основы применения УЗИ, рентгенорадиологии, денситометрии и офтальмоскопии при нарушениях всех видов обмена у пожилых пациентов с сахарным диабетом;
- основы фармакотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом;
- основы рационального питания и принципы диетотерапии при сахарном диабете и ожирении у пожилых;
- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, МСЭК в эндокринологии;
- основы организации скрининга у пациентов пожилого и старческого возраста на выявление сахарного диабета 2 типа;

Уметь:

- оценить состояние кожных покровов, характер распределения подкожно-жировой клетчатки и тип телосложения,
- выявить изменения внешности, характерные эндокринной патологии (сахарного диабета),
- оценить состояние стоп больных сахарным диабетом и провести дифференциальный диагноз различных вариантов диабетической стопы,
- определить вибрационную, температурную и тактильную чувствительность стоп больных

сахарным диабетом,

- уметь пальпировать щитовидную железу и оценить ее размеры и структуру,
- диагностировать глазные симптомы тиротоксикоза и офтальмопатию,
- интерпретировать результаты инструментальных исследований внутренних органов при сахарном диабете в пожилом и старческом возрасте: сцинтиграфии, УЗИ, КТ, МРТ и ангиографии,
- вычислить индекс массы тела, процентное содержание жира в организме, определить окружность талии и бедер с интерпретацией полученных результатов,
- оценить результаты гормональных исследований,
- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза;
- основными врачебными диагностическими мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики заболеваний эндокринной системы;
- проводить и оценивать тесты функциональных проб, применяемых для диагностики и дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний, в частности при сахарном диабете:
- интерпретировать результаты биопсии поджелудочной железы,
- назначать фармакотерапию и оценить ее результаты при эндокринной патологии,
- определить показания к хирургическим и иным немедикаментозным методам лечения, подготовить больных к оперативному лечению при сахарном диабете в пожилом и старческом возрасте,
- оценить прогноз заболевания.

Владеть:

- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза;
- основными врачебными диагностическими мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики заболеваний эндокринной системы;
- манипуляцией определения уровня гликемии с помощью глюкометра, глюкозурии, ацетонурии с помощью тест-полосок, проведением ортостатической пробы, пробы Труссо;
- основными врачебными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;

8. СОДЕРЖАНИЕ производственной (клинической) практики (вариативной)

Общая трудоемкость практики 216 часов, 6 зачетных единицы.

№ п/п	Наименование разделов и содержание практики	Семестр	Виды работы и ее трудоемкость (в часах)		Компетенции (шифр)	Формы текущего и промежуточного контроля
			Лекции	Практика		
1	**Стационарный этап**					
1.1	Курация больных под руководством преподавателя, ведение документации	III		216	ПК-5, ПК-6, ПК – 7, ПК - 8, ПК-12	Ведение дневника; собеседование.
1.2	Промежуточный контроль (зачет)				ПК-5, ПК-6, ПК – 7, ПК -8, ПК-12	Защита отчета по практике (собеседование, решение ситуационных задач)
Итого				216	ПК-5, ПК-6, ПК – 7, ПК -8, ПК-12	

9. ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ ПО производственной (клинической) практике (вариативной)

По результатам прохождения практики обучающийся представляет руководителю практики от

кафедры следующие отчетные документы, заверенные подписью руководителя и печатью организации:

- отчет по практике;
- индивидуальное задание;
- дневник практики;
- характеристику обучающегося;
- планируемые результаты программы практики (приложение 1);
- совместный рабочий график (план) проведения практики (приложение 2)

10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ПРАКТИКЕ

Представлен в виде приложения к программе практики (приложение 3)

Формы контроля и критерии оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Формы контроля	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства
Текущий контроль	Наблюдение	Средство контроля, которое является основным методом при текущем контроле, проводится с целью измерения частоты, длительности, топологии действий обучающихся, обычно в естественных условиях с применением не интерактивных методов
Промежуточный контроль	Защита отчета по практике	Отчет является специфической формой письменных работ, позволяющей обучающемуся обобщить свои знания, умения и навыки, приобретенные за время прохождения практик. Отчеты по практике готовятся индивидуально. Цель каждого отчета – осознать и зафиксировать компетенции, приобретенные обучающимся в результате освоения теоретических курсов и полученные им при прохождении практики

Уровни овладения практическими умениями (универсальными, специальными)

№ п/п	Наименование практических умений	Рекомендуемый уровень*	Достигнутый уровень	Кратность
Практические умения (универсальные)				
1.	Сбор и интерпретация жалоб и анамнеза	IV		
2.	Физикальное посистемное обследование пациента с определение симптомов и синдромов (объективный статус)	IV		
3.	Интерпретация инструментальных методов исследования - ЭКГ, рентгенограмм, УЗИ исследований, данных КТ и ЯМР и др.	IV		

4.	Интерпретация данных лабораторных методов исследований - ОАК, ОАМ, Б/Х, бактериологических , иммунологических, гликемический профиль и др.	IV		
5.	Формулировка предварительного и клинического диагноза	IV		
6.	Дифференциальная диагностика заболеваний при поступлении пациентов	III-IV		
7.	Составление плана обследования больного при основных заболеваниях	III-IV		
8.	Определение показаний к дополнительным специальным методам исследования	III-IV		
9.	Составление плана лечения	III-IV		
10.	Выписка рецептов, оформление листа назначений	III-IV		
11.	Определение прогноза заболевания и трудоспособности пациента после проведенного лечения	III-IV		
12.	Составление рекомендации и плана реабилитации пациента после лечения	III-IV		
13.	Проведение санитарно- просветительной работы с пациентом или родственниками	III-IV		
14.	Заполнение медицинской документации (истории болезни, выписки и др.)	III-IV		
15.	Участие в утренней врачебной конференции	II-III		
16.	Обход курируемых больных	III-IV		
17.	Доклад больного на обходе	IV		
18.	Работа в процедурном или манипуляционном кабинете	III-IV		
Практические умения (специальные)				
1.	Методы стандартного обследования больных с заболеваниями эндокринной системы	III-IV		
2.	Самостоятельное проведение экспресс – метода определения уровня глюкозы крови с помощью глюкометра и интерпретация их результатов	III-IV		
3.	Обосновать показания к назначению методики уровня гликолизированногогемоглобина и его оценка	III-IV		
4.	Самостоятельное проведение методики перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) и интерпретация их результатов	III-IV		
5.	Самостоятельное проведение методики определения нарушения видов чувствительности при диабетической нейропатии и оценка их результатов	III-IV		
6.	Самостоятельное проведение осмотра стопы при СД и оценка ее состояния	III-IV		
7.	Обосновать показания к определению протеинурии и подсчет СКФ с оценкой	III-IV		
8.	Обоснование целевых уровней липидного обмена при СД	III-IV		
9.	Обоснование целевых уровней углеводного обмена при СД	III-IV		
10	Обоснование целевых уровней АД при СД	III-IV		

11	Обоснование показаний к назначению методик функциональных тестов при автономной нейропатии: проба Вальсальвы, ортостатическая проба, проба с изометрической нагрузкой и самостоятельная их проведения	III-IV		
12	Уметь проводить обучение в школе самоконтроля больных сахарным диабетом и оценивать конечные результаты	III-IV		
13	Подсчет ИМТ и интерпретация	III-IV		
14	Измерение роста пациента и оценка	III-IV		
15	Техника инъекций инсулина	III-IV		
16	Определение режима и дозы инсулинотерапии	III-IV		
17	Расчет хлебных единиц (ХЕ)	III-IV		
18	Самостоятельная оценка позы Ромберга	III-IV		
19	Осмотр и пальпация молочных желез. Оценка их состояния	III-IV		
20	Участие в методике проведения ультразвуковых исследований органов брюшной полости и забрюшинного пространства и самостоятельная интерпретация их результатов	III-IV		
21	Обосновать показания к назначению методик компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса органов эндокринной системы и самостоятельная интерпретация их результатов.	III-IV		
22	Обосновать показания к назначению функциональных методов исследования сердечно – сосудистой системы при сахарном диабете у пожилых и пациентов старческого возраста (ЭхоКГ, холтер – монитор, СМАД, ТШХ, ВЭМ и др) и самостоятельная интерпретация их результатов.	III-IV		
23	Самостоятельное снятие ЭКГ и выявление неотложных изменений с организацией дальнейших действий (направить к специалисту)	III-IV		
24	Обосновать показания к назначению методики оценки биохимических показателей крови и мочи при эндокринных заболеваниях и самостоятельная интерпретация их результатов	III-IV		
25	Заполнение и ведение медицинской карты стационарного больного, оформление выписки из медицинской карты	III-IV		
26	Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: медицинской карты амбулаторного больного, статистического талона, листа нетрудоспособности, направления на госпитализации, санаторно –курортной карты и других	III-IV		
27	Обосновать показания к направлению пациента на МСЭ и заполнение документации	III-IV		

* - уровни овладения:
I уровень - иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания
II уровень - принять участие, оценить
III уровень - выполнить под руководством
IV уровень - выполнить самостоятельно

Критерии определения сформированности компетенций

	Уровни сформированности компетенций		
	пороговый	достаточный	повышенный
Критерии оценивания этапов формирования компетенции	Компетенция сформирована. Демонстрируется недостаточный уровень самостоятельности практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности. высокая адаптивность практического навыка
Уровень знаний	Теоретическое содержание освоено частично, есть несущественные пробелы, неточности и недочеты при выполнении заданий	Теоретическое содержание дисциплины освоено полностью, без пробелов, некоторые практические навыки сформированы недостаточно	Теоретическое содержание освоено полностью, без пробелов
Уровень умений	Необходимые умения, предусмотренные рабочей программой практики, в основном сформированы	Некоторые практические навыки сформированы недостаточно	Практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы полностью
Уровень овладения навыками и (или) практическими умениями	Необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, в основном освоены, уровень достигнутых навыков соответствует I-у уровню освоения практическими умениями	Необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, в основном освоены, некоторые практические навыки освоены недостаточно, уровень достигнутых навыков соответствует II-III -у уровню освоения практическими умениями	Практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, освоены полностью, уровень достигнутых навыков соответствует III – IV-у уровню освоения практическими умениями

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформирован-ности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или пороговый уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции
1 этап			

Обучающийся демонстрирует неспособность применять соответствующие знания, умения и навыки при выполнении задания по практике. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах прохождения практики	Обучающийся демонстрирует наличие базовых знаний, умений и навыков при выполнении задания по практике, но их уровень недостаточно высок. Поскольку выявлено наличие сформированной компетенции, ее следует оценивать положительно, но на низком уровне	Обучающийся демонстрирует наличие соответствующих знаний, умений и навыков при выполнении задания по практике на достаточном уровне. Наличие сформированной компетенции на достаточном уровне следует оценивать как положительное и устойчиво закрепленное в практическом навыке	Обучающийся демонстрирует наличие соответствующих знаний, умений и навыков при выполнении задания по практике на повышенном уровне. Присутствие сформированной компетенции на высоком уровне, способность к ее дальнейшему саморазвитию и высокой адаптивности практического применения к изменяющимся условиям профессиональной задачи позволяет дать высокую оценку
2 этап			
У обучающегося не сформировано более 50% компетенций	Наличие у обучающегося 50-69% сформированных компетенций	Наличие у обучающегося 70-84% сформированных компетенций	Наличие у обучающегося 85-100% сформированных компетенций

11. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

11.1 Рекомендуемая литература

11.1.1 Основная литература*

№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во экз.
1	Дедов И. И., Мельниченко Г. А.	Эндокринология: национальное руководство	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016	19
2	Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.Ф.	Эндокринология	Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2013	15
3	Маршалко О.В., Карпович А.И.	Терапия. Часть 3. Гастроэнтерология. Нефрология. Гематология. Эндокринология. Заболевания суставов. Аллергозы: учебное пособие	Минск: Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2016	15

11.1.2 Дополнительная литература*

№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во экз.
1	Балаболкин М. И., Клебанова Е. М., Креминская В. М.	Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: (руководство)	М.: Медицина, 2002	10
2	Дедов И. И., Мельниченко Г. А.	Эндокринология: национальное руководство	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10
3	Дедов И. И., Шестакова М. В.	Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика: [руководство	Москва: Медицинское информационное агентство, 2011	10
4	Дедов И. И., Шестакова М. В.	Сахарный диабет: острые и хронические осложнения: [руководство	Москва: Медицинское информационное агентство, 2011	10
5	Аметов А. С., Шустов С. Б., Халимов Ю. Ш.	Эндокринология: рекомендовано ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации к использованию в качестве учебника для студентов высших учебных заведений	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016	10

11.1.3 Методические разработки**

№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во экз.

1	Добрынина И.Ю., Громова Г.Г.	Сестринское дело при сахарном диабете	Сургут. гос. ун-т ХМАО – Югры. – Сургут, 2016	10
2	Корнеева Е.В., Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Руденко А.В., Верижникова Л.Н., Белова Е.А.	Патофизиология метаболического синдрома.	М.: Издательский Дом «Высшее Образование и Наука», 2012	3
3	Добрынина И.Ю.	Методическое пособие для самостоятельной работы ординатора по дисциплине: Эндокринология: Уровень подготовки кадров высшей квалификации	Сургут, 2015	2

11.2 Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»
2	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова
3	Научная электронная библиотека http://www.elibrary.ru (Научная электронная библиотека)
4	Медицинский проект WebMedInfo

11.3 Перечень информационных технологий

11.3.1 Перечень программного обеспечения

1	Операционные системы Microsoft

11.3.2 Перечень информационных справочных систем

1	http://www.garant.ru информационно-правовой портал Гарант.ру
2	http://www.consultant.ru справочно-правовая система Консультант плюс

**Список основной литературы не должен превышать 5-6 наименований и быть не старше 10 лет, дополнительной 10-15.*
***Обязательно в наличии метод. указания к самостоятельной работе.*

11.4. Перечень материально-технического обеспечения работы обучающихся при прохождении практики.

Производственная (клиническая) практика осуществляется на основании

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Геронтологический центр» Договор № 03-01-16/пр от 11.01.2016 №ПП 11-19 от 01.02.2019. Дополнительное соглашение №2 от 20.03.2020. Срок действия договора до полного исполнения сторонами обязательств.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница» Договор № 92-04-17/пр от 06.04.2017 дополнительное соглашение №3 от 08.04.2020. Срок действия договора до полного исполнения сторонами обязательств.

Аудитории симуляционно-тренингового аккредитационного центра № 1 Б, оборудованные фантомной и симуляциционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами: Телементор, синтомед. ANATOMAGE 4. Интерактивный комплекс – 3D Патанатомия. AdvancedVenepunctureArm, Limbs&Thingsltd. Тренажер для проведения инъекций. Тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки. Тренажер измерения АД, BT-CEAB2, BTIncSeoulbranch. UN/DGN-V Ault, Honglian. Z990, Honglian. Тонометр, фонендоскоп. Пульсоксиметр. Негатоскоп. SAM II, Excellus Tecnologies, Аускультативныйманекен. PAT, ExcellusTecnologies, Аускультативный манекен Система аускультации у постели больного SimulScope. Тренажер абдоминального пациента, Limbs&Things. Клинический тренажер для обследования мужского таза Limbs&Things, NursingBaby, Тренажер для обучения навыкам ухода и лечения ряда пациентов стационарного отделения для новорожденных. NursingKid, Тренажер для отработки

навыков по уходу и лечению ряда стационарных пациентов детского возраста. Усовершенствованный бедфордский манекен женский/мужской Adam, Rouilly. Тренажёр катетеризации мочевого пузыря Limbs&Thingsltd. Симулятор для отработки навыков зондового кормления. KokenCo, SimBaby, Laerdal. Манекен новорожденного ребенка для отработки навыков реанимации новорожденных. ResusciBaby, Laerdal. Тренажер для обучения технике СЛР и спасения детей. Манекен удушья ребенка Adam, Rouilly. Манекен удушья взрослого Adam, Rouilly. BT-CPEA, BT Inc Seoul branch. Save Man Advance, Koken Co, Ltd. Тренажер Труман-Травма. Симулятор сердечно-легочной реанимации (СЛР) SHERPA. Компьютерный робот-симулятор Аполлон, CAE Healthcare. Компьютерный робот-симулятор СимМэн 3G. Макет автомобиля скорой медицинской помощи, ПО "Зарница". Манекен-тренажер 15 отведений ЭКГ. Nasco/Simmulaids. Набор накладных муляжей для имитации ран и кровотечений Nasco/Simmulaids.. Фантом-симулятор люмбальной пункции, KyotoKagakuCo, Ltd, Педиатрический манекен-имитатор для обучения люмбальной пункции. LT00310. LM-027. Тренажер для постановки клизмы. Перевязочные средства, медицинская мебель, расходные материалы - в количестве достаточном для освоения умений и навыков, предусмотренных профессиональной деятельностью, индивидуально. Библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований Роли для стандартизированных пациентов. Библиотека ситуационных задач. Библиотека клинических сценариев. Библиотека оценочных листов.

12. ОСОБЕННОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ ОБУЧАЮЩИМИСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДОВ

При организации производственной (клинической) практики учитываются рекомендации, данные по результатам медико-социальной экспертизы, содержащиеся в индивидуальной программе реабилитации инвалида, относительно рекомендованных условий и видов труда. При направлении инвалида и обучающегося с ОВЗ в медицинскую организацию для прохождения предусмотренной учебным планом практики Университет согласовывает с организацией (предприятием) условия и виды труда с учетом рекомендаций медикосоциальной экспертизы и индивидуальной программы реабилитации инвалида. При необходимости для прохождения практик могут создаваться специальные рабочие места в соответствии с характером нарушений, а также с учетом профессионального вида деятельности и характера труда, выполняемых обучающимся-инвалидом трудовых функций.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья при выборе мест прохождения практики учитываются состояние здоровья, и соответствие требованиям по доступности, при этом обеспечиваются:

- для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, столовые, туалетные и другие помещения образовательной организации, а также их пребывания в указанных помещениях:

- наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, широких лифтов со звуковым сигналом, световой навигации, платформы для подъема инвалидных колясок; локального понижения стоек-барьеров до высоты не более 0,8 м;
- наличие специальных кресел и других приспособлений, наличие санитарной комнаты, оборудованной адаптированной мебелью.

- для обучающихся с ОВЗ с нарушениями слуха предусматривается применение сурдотехнических средств, таких как системы беспроводной передачи звука, техники для усиления звука, видеотехники, мультимедийной техники и других средств передачи информации в доступных формах для лиц с нарушениями слуха;

- для обучающихся с ОВЗ с нарушениями зрения предусматривается применение технических средств усиления остаточного зрения и средств преобразования визуальной информации в аудио и тактильные сигналы, таких как брайлевская компьютерная техника, электронные лупы, видеоувеличители, программы невизуального доступа к информации, программы синтезаторов речи и другие средства передачи информации в доступных формах для лиц с нарушениями зрения;

- для лиц с нарушениями опорно-двигательной функции предусматривается применение

специальной компьютерной техники с соответствующим программным обеспечением, в том числе специальных возможностей операционных систем, таких как экранная клавиатура, и альтернативные устройства ввода информации.

С учетом особых потребностей обучающихся с ограниченными возможностями здоровья вузом обеспечивается предоставление учебных, лекционных материалов в электронном виде.

Прохождение практики для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может предполагать:

- организацию обучения совместно с другими обучающимися или в отдельных группах;
- увеличение сроков обучения в соответствии с индивидуальным учебным планом;
- введение в учебный план коррекционных дисциплин адаптационного характера, учитывающая его особые образовательные потребности и ограниченные возможности здоровья.

Приложение 1

Планируемые результаты программы практики

Гериатрия

(Направление подготовки/специальность)

Производственная (клиническая) практика (базовая/**вариативная**)

(Указывается вид и тип практики)

1. ЦЕЛЬ производственной (клинической) практики (вариативной части) (далее – практики) **«Вопросы диабетологии в гериатрия»** углубление теоретических знаний и повышение практической подготовки выпускника медицинского ВУЗа; подготовка высококвалифицированного специалиста, владеющего углубленными современными теоретическими знаниями и объемом практических навыков в области репродуктивной эндокринологии.

2. ЗАДАЧИ производственной (клинической) практики закрепление полученных знаний и формирование комплекса умений и навыков.

9. Формирование знаний по организации здравоохранения и правовым вопросам в условиях реформирования здравоохранения и эндокринной службы.
10. Сформировать и совершенствовать у обучающегося объем базовых фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-эндокринолога, способного успешно решать все профессиональные задачи.
11. Сформировать и совершенствовать у обучающегося высокий уровень клинического мышления для успешного осуществления своей профессиональной деятельности.
12. Сформировать и совершенствовать знания, умения в освоении и использовании инновационных технологий в сфере своей профессиональной деятельности.
13. Подготовить врача-специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно- диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказывать в полном объеме квалифицированную медицинскую помощь.
14. Развитие навыков проведения диагностических исследований и лечебных манипуляций.
15. Совершенствование профессиональных компетенций в диагностике и ранней профилактике наиболее распространенных эндокринных заболеваний.
16. Совершенствование знаний по интерпретации современных методов обследования в эндокринных заболеваний в гериатрии.

3. Объем практики: 216 часов, 6 зачетных единицы

3. МЕСТО производственной (клинической) практики **В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО**

Данная практика относится к вариативной части учебного плана образовательной программы. Производственная (клиническая) практика базируется на основе полученных ранее знаний по дисциплинам: гериатрия, хирургические болезни в пожилом и старческом возрасте, особенности инфекционных болезней в пожилом и старческом возрасте, неотложные состояния в пожилом и старческом возрасте, онкология, диетотерапия в гериатрии, заболевания нервной системы в пожилом и старческом возрасте, персонифицированная медицина.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и владения, формируемые дисциплинами: общественное здоровье и здравоохранение, педагогика, медицина чрезвычайных ситуаций, патология, клиническая фармакология, социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Производственная (клиническая) практика логически и содержательно-методически связана с другими дисциплинами Блока 1 (базовая часть) и Блока 3 (Государственная итоговая аттестация) и является неотъемлемой частью учебного плана.

5. Форма проведения практики: – непрерывно

6. Компетенции обучающегося, формируемые в результате прохождения практики

Код компетенции	Формулировка компетенции
Профессиональные	
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

<u>В результате прохождения практики обучающийся должен</u>

Знать:

- общие и специальные методы исследования в эндокринологии у пожилых пациентов и пациентов старческого возраста с сахарным диабетом;
- основы применения УЗИ, рентгенорадиологии, денситометрии и офтальмоскопии при нарушениях всех видов обмена у пожилых пациентов с сахарным диабетом;
- основы фармакотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом;
- основы рационального питания и принципы диетотерапии при сахарном диабете и ожирении у пожилых;
- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, МСЭК в эндокринологии;
- основы организации скрининга у пациентов пожилого и старческого возраста на выявление сахарного диабета 2 типа;

Уметь:

- оценить состояние кожных покровов, характер распределения подкожно-жировой клетчатки и тип телосложения,
- выявить изменения внешности, характерные эндокринной патологии (сахарного диабета),
- оценить состояние стоп больных сахарным диабетом и провести дифференциальный диагноз различных вариантов диабетической стопы,
- определить вибрационную, температурную и тактильную чувствительность стоп больных сахарным диабетом,
- уметь пальпировать щитовидную железу и оценить ее размеры и структуру,
- диагностировать глазные симптомы тиротоксикоза и офтальмопатию,
- интерпретировать результаты инструментальных исследований внутренних органов при сахарном диабете в пожилом и старческом возрасте: сцинтиграфии, УЗИ, КТ, МРТ и ангиографии,
- вычислить индекс массы тела, процентное содержание жира в организме, определить окружность талии и бедер с интерпретацией полученных результатов,

- оценить результаты гормональных исследований,
- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза;
- основными врачебными диагностическими мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики заболеваний эндокринной системы;
- проводить и оценивать тесты функциональных проб, применяемых для диагностики и дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний, в частности при сахарном диабете:
- интерпретировать результаты биопсии поджелудочной железы,
- назначать фармакотерапию и оценить ее результаты при эндокринной патологии,
- определить показания к хирургическим и иным немедикаментозным методам лечения, подготовить больных к оперативному лечению при сахарном диабете в пожилом и старческом возрасте,
- оценить прогноз заболевания.

Владеть:

- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза;
- основными врачебными диагностическими мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики заболеваний эндокринной системы;
- манипуляцией определения уровня гликемии с помощью глюкометра, глюкозурии, ацетонурии с помощью тест-полосок, проведением ортостатической пробы, пробы Труссо;

основными врачебными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

Согласовано:

Руководитель практики от организации:
Должность_____ _____
/Ф.И.О. подпись/

Руководитель практики от Университета
Должность_____ _____
/Ф.И.О. подпись/

Приложение 2

Совместный рабочий график (план) проведения практики ординатора
Гериатрия

(Направление подготовки/специальность)

Производственная (клиническая) практика (базовая/вариативная)

(Указывается вид и тип практики)

Сроки проведения практики:

с «____» _____20____г. по «____» _____20 ___г.

График прохождения производственной клинической практики *	Дата проведения	Место проведения	Ответственное лицо
Организационное собрание			
Консультации			
Отделение МО			
Отделение МО			
Отделение МО			
Отделение МО			
Отделение МО			
Отделение МО			
Симуляционно-тренинговый центр МИ			

** мероприятия устанавливаются на усмотрение руководителей практики*

Согласовано:

Руководитель практики **от** организации:

Должность_____ _____

/Ф.И.О. подпись/

Руководитель практики от Университета:

Должность_____ _____

/Ф.И.О. подпись/

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
«Сургутский государственный университет»

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА
(вариативная часть)

Квалификация выпускника	Врач – гериатр
Наименование специальности	*31.08.31* *Шифр* Геритария *Наименование*
Форма обучения	Очная
Кафедра-разработчик	Кафедра внутренних болезней *Наименование*
Выпускающая кафедра	Кафедра внутренних болезней *Наименование*

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры *внутренних болезней*
21 мая 2021 года, протокол № 10

Зав. кафедрой д.м.н., профессор _____О.Л. Арямкина

Перечень компетенций, которые формируются в процессе прохождения производственной (клинической) практики (базовой):

ПК – 5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Знает	Умеет	Владеет
- международную классификацию болезней (МКБ).	- На основании полученных диагностических данных поставить предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10;	- Проводить и оценивать результаты диагностических проб, лабораторных и инструментальных методов исследования при различных патологиях внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста.

ПК - 6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи

Знает	Умеет	Владеет
- этиологию и патогенез заболеваний внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста; - применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; - основы рационального питания здорового организма, принципы диетотерапии в гериатрии; - современные методы обследования гериатрического больного (ЭКГ, рентгеновские, ультразвуковые, магнитнорезонансные, радионуклидные, ангиографические, биохимические и др.); - основы клинической фармакологии (фармакодинамика, фармакокинетика) основных групп лекарственных средств: применяемых для лечения гериатрических пациентов; - осложнения, вызываемые применением лекарств; - показания и противопоказания к хирургическому лечению, подготовку гериатрических больных к оперативному лечению; - клиническую, инструментальную диагностику и методы лечения заболеваний внутренних органов в пожилом и старческом возрасте;	- применить и обосновать схему, план и тактику ведения больного пожилого и старческого возраста, показания и противопоказания к назначению фармакотерапии.	- подбор и титрация лекарственных препаратов при различной патологии внутернних органов у пациентов пожилого и старческого возраста.

- особенности клиники и лечения заболеваний внутренних органов в пожилом и старческом возрасте; - клинику, дифференциальную диагностику и показания к госпитализации при неотложных состояниях у больных пожилого и старческого возраста		

ПК – 7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

Знает	Умеет	Владеет
- основы реаниматологии: основные методы реанимации при внезапной остановке кровообращения, синдромах острой дыхательной недостаточности, аллергических, коматозных состояниях, при повешении, утоплении, при воздействии физических факторов	- оказывать первую, доврачебную и первую врачебную помощь пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени;	- навыками искусственной вентиляция легких без аппаратов; - навыками закрытого массажа сердца; - пункция и катетеризация периферических вен; - ингаляция кислорода.

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

Знает	Умеет	Владеет
- принципы применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; - основы реабилитации больных пожилого и старческого возраста; - показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения; - основы рационального питания здорового организма, принципы диетотерапии у гериатрических пациентов; - принципы и варианты профилактики, ее организацию и методы профилактики основных заболеваний в гериатрии;	- определить объем лечения и реабилитации больных в гериатрии; - определить показания для специальных методов исследования (лабораторных, рентгеновских, функциональных и др.);	- методами реабилитации больных пожилого и старческого возраста, применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии.

ПК – 12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

Знает	Умеет	Владеет
- организацию, порядок и структуру взаимодействия формирований и учреждений службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны с другими службами РСЧС и ГО при ликвидации медико-санитарных последствий в мирное и военное время;	- ориентироваться в правовой базе Российской Федерации, регламентирующей вопросы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; - принимать управленческие решения по организации этапности оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях;	- методами оценки эффективность выполнения мероприятий по защите населения от воздействия поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; - алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине

Методические рекомендации по допуску и проведению зачета:

К промежуточной аттестации допускаются обучающиеся:
- своевременно выполнившие отдельные этапы прохождения практики, согласно индивидуальному заданию на производственной (клинической) практике ординатора;
- регулярно и своевременно заполняющие разделы практики в дневнике ординатора, в соответствии с требованиями к оформлению и содержательной части отчета по практике
- своевременно заполнившие и составившие отчет по проведенной работе после каждого раздела практики
- получившие положительную характеристику от организации по предусмотренным разделам практики

Промежуточная аттестация проводится по окончании 3 -го (зачет) семестра в устной форме в виде:
защиты отчета ординатора
собеседования по вопросам
решение ситуационных (клинических) задач / защита (представление) клинического случая.

Задание для показателей оценивания дескриптора «Знает»	*Вид задания*

Тестовый контроль: **Комплект тестовых заданий по модулю «Сахарный диабет в пожиом и старческом возрасте»** 01. Нарушению толерантности к глюкозе соответствуют следующие концентрации глюкозы в капиллярной крови (ммоль/л): 1. натощак < 6,7 через 2 часа>=7,8 и < 11,1. 2. натощак < 6,0 через 2 часа>=6,1 и < 7,0. 3. натощак < 6,1 через 2 часа>=7,2 и < 11,1. 4. натощак < 6,1 через 2 часа>=7,8 и < 11,1. 5. натощак < 5,6 через 2 часа>=7,8 и < 11,1. Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 02. Патологические показатели теста толерантности к глюкозе могут наблюдаться при: 1. инфекции, лихорадке. 2. заболевании желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания. 3. поражение печеночной паренхимы. 4. синдроме Нонена (Нунана). 5. синдроме Клайнфельтера. Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 03. Нарушению глюкозы натощак соответствует гликемия в капиллярной крови (ммоль/л): 1. 3,3-5,5. 2. < 5,5 и >6,2. 3. > 6,0 и < 7,0. 4. > 5,6 и < 6,1. 5. < 5,8 и >6,0. Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 04. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести: 1. оценку среднего уровня гликемии за 1-3 недели. 2. оценку эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев сахароснижающей терапии. 3. выявление гестационного диабета. 4.необходимую коррекцию лечебных мероприятий 4. оценку уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней). Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 05. Наиболее ценным методом для лабораторной диагностики сахарного диабета является: 1. определение посталиментарной гликемии. 2. исследование содержания глюкозы в ушной сере. 3. определение фруктозамина. 4. определение гликемии натощак. 5. определение гликированного гемоглобина. Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 06. При массовом обследовании населения с целью выявления сахарного диабета следует использовать: 1. тестирующие полоски (глюкотест, тесттайп, биофан и др.). 2. исследование гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой. 3. сочетание укороченного СТГ с определением сахара в крови. 4. определение гликемии только натощак. 5. определение гликированного гемоглобина.	**Теоретический / практический**

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 07. Диагноз сахарный диабет может быть установлен при уровне глюкозы в капиллярной крови натощак: 1. > 6,0 ммоль/л. 2. > 5,6 ммоль/л. 3. < 6,0 ммоль/л. 4. ≥ 6,1 ммоль/л. 5. > 5,8 ммоль/л. Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 08. Уровень инсулина в сыворотке крови чаще всего бывает: 1. снижен при сахарном диабете 1 типа. 2. повышен при сахарном диабете 2 типа. 3. снижен в I фазу стимулированной секреции (при пробах с глюкозой) при сахарном диабете 2 типа. 4. значительно снижен при сахарном диабете 2 типа. 5. повышен после стимуляции глюкозой при сахарном диабете 1 типа. Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 09. На показатели диагностических тестов оказывают влияние: 1. прием глюкокортикоидов, гипотиазида, салицилатов. 2. возраст больного. 3. характер пробы, взятой для исследования (капиллярная, венозная). 4. метод исследования сахара крови. 5. физическая активность. Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 10. Глюкозурия может быть следствием: 1. почечного диабета. 2. беременности. 3. заболевания почек (пиелонефрита, хронического нефрита, нефроза). 4. хронического гепатита. 5. гипотиреоза. Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 11. Самоконтроль при сахарном диабете включает: 1. определение гликемии. 2. определение глюкозурии, кетонурии. 3. ведение журнала регистрации результатов анализов. 4. контроль за массой тела и АД. 5. высокая степень комплаентности. Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5. 12. Овощи и фрукты содержат: 1. витамины. 2. микро- и макроэлементы. 3. клетчатку. 4. сорбит. 5. ксилит. Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.	

13. Фруктоза, содержащаяся во фруктах и ягодах, способствует:
1. образованию гликогена.
2. повышению мукополисахаридов в крови.
3. обладает антикетогенным действием.
4. не обладает гипохолестеринемическим эффектом.
5. ухудшению течения диабетической ангиопатии.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

14. Добавление в рацион пищевой клетчатки способствует:
1. снижению базальной и постпрандиальной гипергликемии.
2. уменьшению содержания холестерина и триглицеридов в сыворотке крови.
3. нормализации функции кишечника.
4. отсутствию влияния на эндогенный синтез витаминов.
5. повышению АД.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

15. Заменители сахара (ксилит, сорбит, фруктоза, манит) обладают:
1. антикетогенным действием.
2. гипогликемизирующим действием.
3. желчегонным действием.
4. способностью уменьшать содержание сахара в моче.
5. способностью улучшать сердечную деятельность.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

16. Абсолютными показаниями для инсулинотерапии являются:
1. обострение ишемической болезни сердца.
2. кетоацидоз, диабетическая кома.
3. хронический пиелонефрит.
4. беременность и роды.
5. отсутствие эффекта от диетотерапии.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

17. Аллергические реакции на введение инсулина проявляются:
1. уртикарной генерализованной сыпью.
2. появлением на месте введения инсулина гиперемии, уплотнения.
3. желудочно-кишечными проявлениями.
4. гипогликемией.
5. гипергликемией.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

18. При наличии аллергии на инсулин следует рекомендовать:
1. антигистаминную терапию. 2. нагревание флакона с инсулином при температуре 60 С в течение часа. 3. кортикостероидную терапию. 4. увеличение дозы вводимого инсулина. 5. уменьшение дозы вводимого инсулина.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

19. Возникновение постинъекционных инсулиновых липодистрофий обусловлено:
1. качеством препаратов инсулина. 2. отсутствием воспалительной реакции в ответ на механическое разрушение клеток аутоиммунным процессом. 3. введением охлажденного инсулина. 4. декомпенсацией сахарного диабета. 5. попаданием инсулиновой иглы в сосуд.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны

2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

20. К осложнениям, вызываемым введением инсулина, относятся:
1. нарушение аккомодации. 2. отеки. 3. гипогликемии. 4. аллергические реакции. 5. липодистрофии.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

21. Нарушение зрения при инсулинотерапии может проявляться:
1. изменением рефракции, обусловленной изменением кривизны хрусталика. 2. развитие выраженного хемоза. 3. кратковременной потерей зрения из-за развития гипогликемии. 4. развитием блефарита. 5. возникновением временной миопии при снижении сахара в крови.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

22. К развитию гипогликемии могут привести:
1. нарушение режима питания. 2. повышение физической активности. 3. стрессовые ситуации. 4. прием алкоголя. 5. передозировка инсулина.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

23. Гипогликемия способствует:
1. прогрессированию микроангиопатий. 2. развитию свежих ретинальных кровоизлияний. 3. жировой инфильтрации печени. 4. развитию цирроза печени или нарушению мозгового кровообращения. 5. развитию инсулинорезистентности.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

24. гипогликемические реакции устраняются:
1. а-адреноблокаторами. 2. внутривенным вливанием глюкозы. 3. внутримышечной инъекцией кломифена. 4. внутримышечной инъекцией глюкагона. 5. употребление алкоголя.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

25. Синдром хронической передозировки инсулина клинически проявляется:
1. лабильным течение диабета. 2. частыми гипогликемическими реакциями. 3. прибавкой в весе. 4. потерей в весе. 5.сухостью кожи.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

26. Механизм действия сахароснижающих сульфаниламидных препаратов включает:
1. уменьшение числа тканевых рецепторов инсулина. 2. стимуляцию секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы. 3. увеличение продукции глюкагона. 4. увеличение чувствительности инсулинозависимых тканей к эндогенному инсулину.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

27. Показанием для назначения сахароснижающих сульфаниламидов является:
1. сахарный диабет 2 типа. 2. инсулинорезистентность. 3. стероидный диабет. 4. сахарный диабет 1 типа. 5. нарушенная толерантность к глюкозе.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

28. Абсолютными противопоказаниями для назначения сахароснижающих препаратов сульфанилмочевины являются:
1. кетоацидоз. 2. беременность, роды, лактация. 3. заболевание крови (лейкопения, тромбоцитопения). 4. диабетическая нефропатия III стадии. 5. цирроз печени.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны

2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

29. Сахароснижающее действие сульфаниламидов усиливает одновременное применение:
1. алкоголя. 2. анаприлина. 3. мочегонных препаратов. 4. аспирина. 5. сальбутамола.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

30. Побочные эффекты сульфаниламидов включают:
1. желудочно-кишечные проявления. 2. аллергические реакции. 3. токсические нарушения функции печени. 4. потерю массы тела. 5. повышение тромбоцитов, лейкоцитов
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

31. В наименьшем проценте выделяются через почки сульфаниламидные препараты:
1. хлорпропрамид. 2. гликлазид. 3. глибенкламид. 4. глюренорм. 5. минидиаб.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

32. Механизм сахароснижающего эффекта бигуанидов включает:
1. стимуляцию секреции инсулина b-клетками. 2. повышение утилизации глюкозы мышечной тканью. 3. увеличение активации глюконеогенеза. 4. потенцирование инсулинового действия. 5. повышение глюкозы в печени.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

33. Отсутствием противопоказания для применения бигуанидов является:
1. кетоацидоз. 2. хронические заболевания, сопровождающиеся тканевой гипоксией. 3. беременность. 4. умеренная лейкопения. 5. диабетическая нефропатия II-III стадии.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

34. Побочный эффект бигуанидов включает:
1. молочнокислый ацидоз. 2. аллергические кожные реакции. 3. диспепсические реакции. 4. гипогликемические реакции. 5. повышение аппетита.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

35. Сахароснижающим эффектом обладают:
1. арфазетин. 2. одуванчик лекарственный. 3. листья черники. 4. листья розы. 5. чайные листья.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

36. Дозированные физические упражнения при сахарном диабете способствуют:
1. снижению уровня гликемии. 2. снижению дозы вводимого инсулина. 3. повышению чувствительности организма к инсулину. 4. снижению риска возникновения сердечных заболеваний. 5. снижению массы тела.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

37. К препаратам, ослабляющим сахароснижающее действие сульфапрепаратов относятся:
1. кортикостероиды. 2. аллопуринол. 3. адреномиметики. 4. бутадион. 5. ингибиторы МАО.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

38. Противопоказанием для назначения бигуанидов является:
1. беременность. 2. умеренная лейкопения. 3. кетоацидоз. 4. ожирение. 5. инсулинорезистентность.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

39. Бигуаниды способствуют:
1. преодолению инсулинорезистентности. 2. улучшению транспорта глюкозы внутрь клетки. 3. подавлению печеночного глюконеогенеза. 4. уменьшению гликогенеза и гликолиза. 5. увеличению препандиальной гликемии на 30%.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

40. К бигуанидам относятся:
1. глюкофаж. 2. гликвидон. 3. диботин. 4. глимепирид. 5. глибеноз
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

41. В развитии симптома дыхательной недостаточности плода играют роль:
1. гиперинсулинемия плода. 2. недостаточная продукция легочной тканью сурфактанта. 3. снижение активности кортизола на ферменты, участвующие в синтезе лецитина. 4. повышение активности СТГ. 5. снижение продукции АКТГ.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

42. В быстром прогрессировании атеросклероза у больных сахарным диабетом играют роль:
1. эндогенная или экзогенная гиперинсулинемия. 2. нарушение липидного обмена. 3. снижение липолитической активности сосудистой стенки. 4. прогрессирующее ожирение. 5. повышение агрегации тромбоцитов на субэндотелиальном уровне.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

43. Факторами риска атеросклероза при сахарном диабете являются:
1. возраст. 2. гиперлипидемия. 3. артериальная гипертония. 4. ожирение. 5. снижение физической активности.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

44. Особенностями клинического течения инфаркта миокарда у больных с сахарным диабетом являются:
1. возникновение распространенных инфарктов. 2. явления сердечной недостаточности. 3. часто наблюдаемые тромбоэмболические осложнения. 4. отсутствие повторных инфарктов. 5. типичная клиника инфарктов с выраженным болевым синдромом.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

45. Этиологическими факторами абсолютного гиперинсулинизма являются:
1. доброкачественная или злокачественная опухоль бета-клеток панкреатических островков. 2. гиперплазия бета-клеток панкреатических островков. 3. доброкачественная или злокачественная опухоль бета-клеток эктопированной островковой ткани поджелудочной железы. 4. неврогенная анорексия. 5. цирроз печени.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

46. Признаками безболевого инфаркта миокарда может быть:
1. внезапное возникновение сердечной недостаточности. 2. развитие отека легких. 3. нарушение сердечного ритма. 4. снижение гликемии. 5. бронхоспазм.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

47. Патология сердца при сахарном диабете может быть обусловлена:

1. коронарным атеросклерозом. 2. диабетической микроангиопатией. 3. миокардиодистрофией. 4. гидроперикардом. 5. гиперкалиемическим миокардитом на фоне кетоацидоза.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

48. Стенокардия при сахарном диабете нередко протекает атипично, проявляясь:
1. потливостью. 2. слабостью. 3. сердцебиение. 4. одышкой. 5. отсутствие боли.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

49. Для больных диабетом с ишемической стопой характерно:
1. онемением, чувством холода в ногах. 2. парастезии. 3. периодические судороги в мышцах. 4. перемежающаяся хромота. 5. сильные боли в конечностях.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

50. Особенности лечения больных диабетом с атеросклерозом, инфарктом миокарда, ишемической болезнью сердца – это:
1. максимально возможная компенсация сахарного диабета. 2. борьба с ожирением, нормализация массы тела. 3. устранение гипертензии и гиперлипидемии. 4. хроническая передозировка инсулина. 5. инсулинотерапия как основной вид компенсации диабета 2 типа.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

51. При лечении острого инфаркта миокарда у больного сахарным диабетом 2 типа, получающего сахароснижающий сульфаниламидный препарат, при гликемии выше 16 ммоль/л назначают:
1. сульфаниламидный сахароснижающий препарат из другой группы. 2. комбинированную терапию: малые дозы короткого инсулина в 2-4 инъекциях и 1-2 таблетки сульфаниламидного препарата. 3. комбинированную терапию инсулином и бигуанидами. 4. малые дозы простого инсулина в 3-4 инъекциях. 5. бигуаниды.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

52. неблагоприятный прогноз сахарного диабета наиболее вероятен при развитии:
1. диабетических коматозных состояний. 2. инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения. 3. диабетической гангрены. 4. гестационного диабета. 5. инсулинорезистентности.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

53. Этиологическими факторами развития гиперлактацидемической комы у больных диабетом являются:
1. лечение бигуанидами. 2. инфаркт миокарда. 3. гипоксия, обусловленная анемией, шоком, кровотечением. 4. лечение сульфаниламидами. 5. язвенная болезнь.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

54. Умеренный молочнокислый ацидоз может наблюдаться у практически здоровых людей при:
1. физической нагрузке. 2. введении пирувата и бикарбоната. 3. введении инсулина или адреналина. 4. длительного покоя. 5. введении половых гормонов.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

55. Значительное увеличение молочной кислоты с увеличением соотношения лактат/пируват может наблюдаться при:
1. лечении сульфаниламидами. 2. сахарном диабете. 4. тканевой гипоксии. 5. голодания.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

56. Клиническая симптоматика гиперлактацидемической комы проявляется:
1. тошнота, рвотой. 2. олигурией вплоть до анурии. 3. дыхание Куссмауля, одышкой. 4. выраженной артериальной гипертензией. 5. повышением температуры тела.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

57. Для гиперлактацидемической комы характерно:
1. повышение в крови молочной кислоты. 2. повышение уровня бикарбонатов, резервной щелочности и pH крови. 3. отсутствие гиперкетонемии и кетонурии. 4. снижение коэффициента лактат/пируват. 5. высокая гипергликемия и глюкозурия.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

58. Гиперлактацидемическую кому следует дифференцировать с:
1. почечной недостаточностью. 2. печеночной недостаточностью. 3. медикаментозным лактатацидозом. 4. язвенной болезнью. 5. язвенным колитом.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

59. Лечение гиперлактацидемической комы включает:
1. внутривенное введение 2-5% раствора бикарбоната под контролем pH крови и уровня калия в крови. 2. введение сердечных, сосудорасширяющих средств. 3. оксигенотерапию. 4. введение больших доз инсулина. 5. внутривенное введение адреналина гидрохлорида.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

60. Развитию гиперосмолярной комы способствует:
1. недостаточная компенсация сахарного диабета. 2. длительное лечение мочегонными и стероидными препаратами. 4. недостаточный прием белков. 5. избыточное введение жиров.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

61. Патогенез симптомов гиперосмолярной комы обусловлен:
1. абсолютным или относительным дефицитом инсулина. 2. активацией процесса гликолиза и глюкогенеза в печени. 3. гипернатриемией. 5. гиперволемией.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

62. Клиническая симптоматика гиперосмолярной комы проявляется:
1. гипертензией. 2. признаками дегидратации. 3. отсутствием различных неврологических нарушений. 4. нарушением функции сердечно-сосудистой системы. 5. брадикардией.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

63. Ведущими признаками биохимических нарушений при гиперосмолярной коме являются:
1. высокая гипергликемия. 2. гипонатриемия. 3. повышение осмолярности крови. 4. гипохлоремия. 5. гиперкалиемия.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

64. В отличие от кетоацидотической комы при гиперосмолярной наблюдается:
1. дыхание Куссмауля. 2. запах ацетона изо рта. 3. ацетонурия. 4. неврологическая симптоматика. 5. нормальный уровень сахара в крови.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

65. Лечение гиперосмолярной комы заключается в назначении:

1. 0,45%-раствор хлористого натрия. 2. хлористого калия. 3. инсулинотерапии. 4. гипертонических растворов. 5. 20%-расвора хлористого натрия.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

66. Профилактические мероприятия при гиперосмолярной коме включают:
1. профилактику отека мозга. 2. избежание сердечно-сосудистой недостаточности. 3. профилактику возможных тромбоэмболий и тромбозов. 4. профилактику гиповолемического шока. 5. профилактику инсульта.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

67. Гипогликемическая кома при сахарном диабете может развиваться вследствие:
1. передозировки вводимого инсулина. 2. недостаточного приема белков. 3. недостаточного приема углеводов при введении обычной дозы инсулина. 4. недостаточный прием жиров. 5. ухудшения функции сердечно-сосудистой системы.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

68. Гипогликемическая кома характеризуется:
1. быстрым развитием коматозного состояния. 2. понижением температуры тела. 3. тахикардией. 4. медленным развитием комы. 5. отсутствием тонических или клонических судорог.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

69. Начальная симптоматика тяжелой гипогликемии может проявляться:
1. возбуждение, агрессивностью больных диабетом. 2. спутанным сознанием. 3. повышением сухожильных и периостальных рефлексов. 4. повышения тонуса мышц. 5. положительным симптомом Бабинского.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

70. Наличие гипогликемической комы в отличие от кетоацидотической подтверждают на основании:
1. быстрого внезапного развития тяжелого состояния. 2. ровного дыхания. 3. нормального или повышенного тонуса глазных яблок и скелетных мышц. 4. нормального или повышенного содержания холестерина. 5. сниженного артериального давления.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

71. Профилактические мероприятия с целью предупреждения развития гипогликемической комы включают:
1. строгое соблюдение больным диабетом режима питания и инсулинотерапии. 2. самоконтроль ацетонурии. 3. знание больным симптомов гипогликемии и приема легкоусвояемых углеводов в случае их появления. 4. постоянный самоконтроль АД. 5. осторожность при назначении препаратов, стимулирующих всасывание глюкозы.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

72. При гипогликемической коме проводят:
1. струйное внутривенное введение 40% раствора глюкозы (40-100 мл). 2. внутривенное капельное введение 5-10% раствора глюкозы. 3. подкожное внутривенное или внутримышечное введение 1 мг глюкагона. 4. внутривенное введение 0,45% раствора глюкозы. 5. внутривенное введение раствора Рингера.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

73. Наиболее характерный признак нарушения липидного обмена при сахарном диабете:

А) повышение уровня общего холестерина
Б) повышение уровня триглицеридов
В) повышение уровня ЛПНП (липопротеидов низкой плотности)
Г) снижение содержания свободных жирных кислот
Д) снижение уровня билирубина

74. Наиболее характерный морфологический признак диабетической микроангиопатии:
А) утолщение базальной мембраны капилляров
Б) лимфоидная инфильтрация эндотелия
В) отложение избыточного количества PAS-положительных веществ в гладкомышечных клетках артерий
Г) дегенеративные изменения соединительной ткани
Д) истончение базальной мембраны капилляров

75. Окислительный стресс – это:
А) утолщение базальной мембраны капилляров
Б) накопление гликозаминогликанов в эндотелии сосудов
В) повреждение эндотелия сосудов свободными радикалами
Г) избыточная адгезия тромбоцитов к стенке сосудов
Д) спазмирование сосудов под действием вазоактивных веществ

76. Хроническая гипергликемия приводит к:
А) снижению вязкости крови
Б) замедлению процессов неферментативного гликозилирования белков
В) повышению активности полиолового пути утилизации глюкозы
Г) повышению активности эндогенных антиоксидантных систем
Д) избыточному образованию оксида азота (NO) в эндотелиальных клетках

77. Атеросклеротические изменения при сахарном диабете реже всего выявляются в сосудах:
А) коронарных
Б) селезенки
В) почек
Г) нижних конечностях
Д) головного мозга

78. Наиболее часто при сахарном диабете в печени можно обнаружить:
А) хронический гепатит
Б) первичный рак печени
В) цирроз печени
Г) жировую инфильтрацию печени
Д) белковую дистрофию печени

79. Наиболее адекватно долгосрочную компенсацию сахарного диабета отражают:
А) уровень глюкозы натощак и через 2 часа после еды
Б) показатели липидного обмена
В) уровень гликозилированного гемоглобина
Г) суточный гликемический профиль в 6-8 точках
Д) уровень глюкозы в 3 часа ночи

80. Риск развития сахарного диабета 2 типа повышен у:
1. людей, часто болеющих вирусными инфекциями. 2. женщин, родивших ребенка массой более 4,5 кг. 3. людей, в возрасте до 1 года получавших коровье молоко. 4.. людей с ожирением. 5. людей с гиперхолестеринемией.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

81. Липоидный некробиоз характеризуется:

1. появлением на коже красно-фиолетовых узелков. 2. округлой формой и плотной консистенцией узелков. 3. склонностью узелков к периферическому росту. 4. более частой локализацией поражений на коже головы и шеи. 5. отсутствием склонности к изъязвлению очагов.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

82. Кожные проявления при сахарном диабете 1 типа характеризуются наличием:
1. диабетического пузыря. 2. фурункулеза, карбункулеза. 3. диабетической эпидермофитии. 4. витилиго. 5. липоидного некробиоза.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

83. Наиболее опасное проявление диабетической автономной кардиопатии:
А) непостоянная тихикардия
Б) безболевая ишемия миокарда
В) фиксированный сердечный ритм
Г) ортостатическая гипотензия
Д) постоянная тахикардия.

84. Маркером диабетической ретинопатии при офтальмопатии является:
А) извитость сосудов на глазном дне
Б) микроаневризмы
В) мелкоточечные кровоизлияния
Г) твердые экссудаты
Д) ватные очаги

85. Классификация диабетической ретинопатии по E. Cohner и M. Porta насчитывает:
А) две стадии
Б) три стадии
В) четыре стадии
Г) пять стадий
Д) шесть стадий

86. Для непролиферативной диабетической ретинопатии характерны симптомы:
1. кровоизлияния. 2. микроаневризмы. 3. дилатация и окклюзия капилляров. 4. удвоение вен. 5. интраретинальные микрососудисые аномалии.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

87. Для препролиферативной диабетической ретинопатии характерны симптомы:
1. кровоизлияния. 2. «ватные» очаги. 3нтраретинальные микрососудистые аномалии. 4. микроаневризмы. 5. аномалии артерий.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

88. Основными причинами слепоты при сахарном диабете являются:
1. диабетическая макулопатия. 2. аномалии артерий и вен. 3. пролиферативная ретинопатия. 4. ватные очаги. 5. интраретинальные микрососудистые аномалии.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

89. Пролиферативная диабетическая ретинопатия характеризуется:
1. наличием новообразованных сосудов на поверхности сетчатки. 2. обильным разрастанием соединительной ткани на сетчатке. 3. может осложняться отслойкой сетчатки. 4. внезапным развитием в течение 5 первых лет сахарного диабета при плохом контроле заболевания. 5. является фактором риска для развития катаракты.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

90. Безотлагательное проведение лазерной фотокоагуляции необходимо при:
1. периферической форме неоваскуляризации сетчатки. 2. макулярном отеке. 3. обширном разрастанием соединительной ткани на поверхности сетчатки. 4. центральной форме неоваскуляризации сетчатки. 5. образовании эпиретинальных мембран.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

91. Наиболее эффективный метод лечения непролиферативной ретинопатии:
А) лазерная фотокоагуляция
Б) назначение ангиопротекторов
В) склеротерапия
Г) нормализация гликемического контроля
Д) назначение рассасывающих препаратов

92. При сахарном диабете 2 типа первый осмотр глазного дна необходимо проводить:
А) не позднее, чем через 2 года после диагностики заболевания
Б) у всех пациентов – сразу после выявления сахарного диабета 2 типа
В) не позднее, чем через 1 год после диагностики заболевания
Г) не позднее, чем через 6 месяцев после выявления сахарного диабета 2 типа
Д) у лиц с повышенным АД – сразу после выявления сахарного диабета 2 типа, у остальных пациентов – не позднее, чем через 2 года после диагностики заболевания

93. К уменьшению летальности при инфаркте миокарда на фоне сахарного диабета 2 типа приводит:
А) назначение инсулинотерапии при гликемии выше 13 ммоль/л
Б) безотлагательный перевод всех пациентов на инсулинотерапию
В) перевод пациентов на препараты из группы производных сульфанилмочевины
Г) назначение комбинированной терапии производными сульфанилмочевины и мочевины
Д) назначение комбинированной терапии инсулином и пероральным сахароснижающим препаратом.

94. К системным эффектам соматостатиномы относятся следующие:
1. торможение секреции инсулина. 2. торможение секреции панкреатических ферментов. 3. снижение секреции соляной кислоты в желудке. 4. избыточная секреция соматостатина. 5. сокращение желчного пузыря.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

95. При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию проводят с внутривенным введением:
А) изотонического раствора хлорида натрия
Б) 5% раствора глюкозы
В) гипотонического (0,45%) раствора хлорида натрия
Г) реополиглюкина
Д) гемодеза

96. При лечении диабетической комы начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного введения на 1 кг массы тела составляет:
А) 100 ед/час
Б) 50 ед/час
В) 25 ед/час
Г) 2-4 ед/час
Д) 0,1-0,2 ед/час

97. Чтобы ввести 1 литр физиологического раствора за 2 часа, скорость его введения должна составлять:
А) 160 капель/мин
Б) 100 капель/мин

В) 80 капель/мин
Г) 40 капель/мин
Д) 20 капель/мин

98. В первые сутки лечения диабетической комы при отсутствии сердечно-сосудистой патологии следует вводить жидкость в объеме, равном:
А) 5% массы тела
Б) 4-6 л
В) 2 л
Г) 1 л
Д) 50 мл/кг массы тела

99. В первые 6 часов выведения больного из диабетической комы обычно вводят жидкость в количестве:
А) 50% суточного объема
Б) 30% суточного объема
В) 25% суточного объема
Г) 10% суточного объема
Д) 5% суточного объема

100. Составляющими факторами интегрального показателя гликемии – HbA1c являются:
1. гликемия до еды. 2. поступление глюкозы с пищей. 3. продукция глюкозы печенью. 4 секреция инсулина. 5. чувствительность к инсулину на уровне печени и периферических тканей.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

101. Развитию гипогликемии способствуют:
1. слишком большая доза инсулина. 2. слишком низкое потребление глюкозы с пищей. 3. усиленная утилизация глюкозы. 4. повышенная чувствительность тканей к инсулину. 5. нарушение гормональной контррегуляции.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

102. В гормональной контррегуляции уровня глюкозы участвуют:
1. инсулин. 2. глюкагон. 3. адреналин. 4. гормон роста. 5. кортизол.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

103. К вегетативным симптомам гипогликемии относятся:
1. дрожь. 2. сердцебиение. 3. раздражительность. 4. чувство голода. 5. потливость.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

104. На абсорбцию инсулина влияют:
1. место инъекции, глубина инъекции. 3. вид и доза инсулина. 4. физические упражнения. 5. разогревание места инъекции.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

105. Установленными дефектами секреции инсулина при сахарном диабете 2 типа являются:
1. связывание свободных кислородных радикалов. 3. обеспечение функционального покоя бета-клеток поджелудочной железы. 4. иммуносупрессия/иммуномодуляция. 5. вакцинация.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

106. Уменьшение количества рецепторов к инсулину характерно для:
1. ожирения. 2. сахарного диабета 2 типа. 3. акромегалии. 4. болезни Иценко-Кушинга. 5. терапии глюкокортикоидами.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

107. Наиболее частые причинами инсулинорезистентности – это:
1. контринсулярные гормоны. 2. антитела к инсулину. 3. антитела к рецепторам инсулина. 4. измененные молекулы инсулина. 5. измененная структура рецептора инсулина.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

108. Факторы, наиболее тесно связанные с инсулинорезистентностью – это:
1. генотип. 2. возраст. 3. масса тела. 4. физическая активность. 5. артериальная гипертензия.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

109. Повышение уровня гликированного гемоглобина на 1% ведет к увеличению риска развития:
1. смерти, связанной с диабетом. 2. инфаркта миокарда. 3. заболеваний периферических сосудов. 4. микрососудистых заболеваний. 5. необходимости экстракции катаракты.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

110. При лечении сахарного диабета 2 типа используются:
1. препараты сульфонилмочевины. 2. бигуаниды. 3. прандиальные регуляторы. 4. тиозолидиндионы. 5. ингибиторы альфа-глюкозидазы.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

111. Факторами, ограничивающими наши возможности в достижении хорошего гликемического контроля при сахарном диабете 2 типа, являются:
1. патогенез до конца не ясен. 2. пожилой возраст. 3. ожирение. 4. наличие осложнение. 5. хроническое течение и прогрессивное уменьшение функции бета-клеток.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

112. Укажите наиболее важные требования к препаратам для лечения сахарного диабета 2 типа:
1. эффективный и долгосрочный гликемический контроль. 2. гибкость навстречу личным – индивидуальным потребностям. 3. регуляция секреции инсулина, адекватная гипергликемии. 4. отсутствие прибавки в весе. 5. низкий процент гипогликемий.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

113. Для улучшения постпрандиальной гликемии у больных сахарным диабетом 2 типа используются следующие диетологические методы:
1. снижение потребления углеводов. 2. дробный прием углеводов. 3. потребление углеводов согласно 24-часовому профилю глюкозы. 4. потребление клетчатки. 5. потребление продуктов с низким гликемическим индексом.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

114. Для улучшения постпрандиальной гликемии у больных сахарным диабетом 2 типа используются следующие фармакологические методы:
1. ингибиторы альфа-глюкозидазы. 2. метиглиниды. 3. инсулин лизпро. 4. глюкагоноподобный пептид-1. 5. аэрозольный инсулин.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

115. Нежелательными эффектами инсулинотерапии сахарного диабета 2 типа являются:
1. прибавка массы тела. 2. усиление чувства голода. 3. увеличение задержки натрия. 4. дисфункции эндотелия. 5. усиление риска развития гипогликемий.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

116. Артериальная гипертония может быть следствием:

1. комбинированного воздействия генетических и средовых факторов: метаболический вариант АГ. 2. воздействия одного из факторов: моногенные формы. 3. гиперфункции симпатической нервной системы. 4. дисфункции эндотелия. 5. уменьшения числа нефронов и фильтрационной поверхности.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

117. Гиперинсулинемия способствует повышению уровня АД посредством:

1. повышения активности симпато-адреналовой системы. 2. повышения реабсорбции натрия в проксимальных канальцах почек. 3. усиления пролиферации гладкомышечных клеток сосудов. 4. блокады активности Na-K-АТФазы и Ca-Mg-АТФазы. 5. снижения чувствительности сосудистой стенки к вазодилататорному действию инсулина.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

118. Мероприятиями, направленными на снижение АД у больных сахарным диабетом 2 типа, являются:

1. ограничение потребления соли до 2 г в сутки. 2. снижение избыточной массы тела. 3. физическая активность. 4. контроль гликемии. 5. прекращение курения.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

119. В качестве критерия диагностики и эффективности лечения артериальной гипертонии следует использовать:

1. уровень систолического АД. 2. уровень диастолического АД. 3. уровень пульсового АД. 4. уровни систолического и диастолического АД. 5. уровень ночного снижения АД.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

120. Наиболее часто встречающиеся типы кривых АД по результатам суточного мониторирования у пациентов с сахарным диабетом 2 типа – это:

1. «диппер» - снижение ночного давления составляет 10-20%. 2. «найт-пикер» - снижение ночного давления отсутствует. 3. регистрируется утренний подъем АД. 4. «нон-диппер» - снижение ночного давления менее 10%. 5. «овер-диппер» - степень снижения ночного давления более 20%.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

121. Оптимальный уровень АД в «период бодрствования»

1. менее 120/70 мм.рт.ст. 2. менее 135/85 мм.рт.ст. 3. менее 160/90 мм.рт.ст. 4. менее 140/90 мм.рт.ст. 5. менее 150/90 мм.рт.ст.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

122. Оптимальный уровень АД в «период сна»

1. менее 140/90 мм.рт.ст. 2. менее 160/90 мм.рт.ст. 3. менее 135/85 мм.рт.ст. 4. менее 120/70 мм.рт.ст. 5. менее 150/90 мм.рт.ст.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

123. Препаратами, способными при длительном применении вызвать нарушение толерантности к глюкозе, являются:

1. фуросемид. 2. гипотиазид. 3. урегид. 4. индапамид. 5. ренитек.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны

2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

124. К органам-мишеням при артериальной гипертонии относятся:
1. сердце. 2. головной мозг. 3. почки. 4. сетчатка глаза. 5. периферические сосуды.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

125. Сочетание нарушений углеводного обмена и артериальной гипертонии наиболее характерно для:
1. тиреотоксикоза. 2. кортикостеромы. 3. альдостеромы. 4. болезни Иценко-Кушинга. 5. акромегалии.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

126. Повышение АД может отмечаться при применении следующих лекарственных препаратов:
1. гормональные контрацептивы. 2. аноретики центрального действия. 3. глюкокортикоиды. 4. нитраты. 5. сердечные гликозиды.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

127. К фармакологическим эффектам агонистов I1 имидазолиновых рецепторов относятся:
1. увеличение секреции инсулина. 2. повышение тонуса блуждающего нерва. 3. снижение активности симпатической нервной системы. 4. уменьшение липолиза. 5. увеличение высвобождения катехоламинов.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

128. Основными диагностическими критериями инсулиномы являются:
1. приступы спонтанной гипогликемии натощак или после физической нагрузки. 2. гликемия менее 1,7 ммоль/л. 3. купирование приступа введения глюкозы. 4. прибавка в весе. 5. дислипидемия.
Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

129. Целевой уровень АД у пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертонией – это:
А) АД Р 140/90 мм.рт.ст.
Б) АД Р 130/80 мм.рт.ст.
В) АД Р 160/90 мм.рт.ст.
Г) АД Р 120/80 мм.рт.ст.
Д) АД Р 125/75 мм.рт.ст.

130. Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа распространенность артериальной гипертонии составляет:
А) 100%
Б) более 80%
В) более 50%
Г) более 30%
Д) более 15%

131. Первая помощь при легкой гипогликемии у больного сахарным диабетом включает:
А) прием легкоусвояемых (простых) углеводов в количестве 1-2 ХЕ
Б) в/в струйное введение 40% раствора глюкозы в количестве 20-100 мл
В) в/в капельное введение 5% раствора глюкозы
Г) п/к введение 1 мл глюкагона
Д) п/к введение раствора адреналина.

132. Препаратами выбора при лечении артериальной гипертонии у больных сахарным диабетом являются:

А) ингибиторы АПФ
Б) b-блокаторы
В) диуретики
Г) сердечные гликозиды
Д) нитраты

133. Препаратом, маскирующим гипогликемию, являются:
А) периндоприл
Б) нифедипин
В) бисопролол
Г) индапамид
Д) клофелин

134. Показанием к назначению b-адреноблокаторов для лечения артериальной гипертонии у больных сахарным диабетом является:
А) сочетание артериальной гипертонии с застойной сердечной недостаточностью
Б) сочетание артериальной гипертонии с обструктивными заболеваниями бронхов
В) сочетание артериальной гипертонии с заболеваниями периферических артерий
Г) трансмуральный инфаркт миокарда в анамнезе
Д) сочетание артериальной гипертонии и выраженной дислипидемии

135. часто встречающимися побочным эффектом ингибиторов АПФ является:
А) тахикардия
Б) отек лодыжек
В) сухой кашель
Г) замедление AV-проводимости
Д) вазомоторный ринит

136. Нефропротективным действием обладают:
А) ингибиторы АПФ
Б) диуретики
В) b-адреноблокаторы
Г) a-адреноблокаторы
Д) прямые вазодилататоры

137. У больного с диабетической нефропатией без повышения артериального давления эналаприл назначается в суточной дозе:
А) 5 мг
Б) 2,5 мг
В) 10 мг
Г) 20 мг
Д) 40 мг

138. Микроальбуминурия – это экскреция альбумина с мочой в количестве:
А) менее 30 мг/сут
Б) 20-200 мг/сут
В) 30-300 мг/сут
Г) более 300 мг/сут
Д) более 3 г/сут

Ответы:

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса
1	Г	**21**	Б	**41**	Г	**61**	81	В
2	А	**22**	А	**42**	А	**62**	82	В
3	Г	**23**	А	**43**	Д	**63**	83	А
4	В	**24**	В	**44**	Д	**64**	84	Д

5	Г	**25**	А	**45**	А	**65**	85	Б		Г
6	Г	**26**	В	**46**	А	**66**	86	Б		А
7	Г	**27**	А	**47**	А	**67**	87	Б		Д
8	А	**28**	Д	**48**	А	**68**	88	А		Б
9	Д	**29**	А	**49**	Д	**69**	89	Д		А
10	А	**30**	А	**50**	Д	**70**	90	Б		Д
11	Д	**31**	Г	**51**	А	**71**	91	А		А
12	А	**32**	В	**52**	Г	**72**	92	В		Б
13	Б	**33**	Г	**53**	А	**73**	93	Г		А
14	А	**34**	А	**54**	А	**74**	94	Б		Б
15	Б	**35**	А	**55**	А	**75**	95	Б		В
16	В	**36**	Д	**56**	В	**76**	96	Д		В
17	А	**37**	Б	**57**	А	**77**	97	А		Б
18	А	**38**	Б	**58**	Б	**78**	98	Д		Г
19	Б	39	А	59	А	79	99	А		В
20	Д	40	Б	60	А	80	100	Б		В

101. – А
102. – Д
103. – Д
104. – Д
105. – Д
106. – Д
107. – Д
108. – Д
109. – Д
110. – Д
111. – Д
112. – Д
113. – Д
114. – Д
115. – Д
116. – Д
117. – Д
118. – Д
119. – Д
120. – Д
121. – Д
122. – Г
123. – В
124. – Г
125. – Г
126. – А
127. – Д
128. – Д
129. – А
130. – А
131. – А
132. – Б
133. – В
134. – А
135. – А
136. – В
137. – Б
138. – В

Задание для показателя оценивания дескриптора «Умеет»	*Вид задания*
Примеры ситуационных клинических задач **Задача № 1** Мужчина 71 год обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу. В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. ОХС - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты какой группы Вы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор. 5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. **Эталон ответа:** 1. Сахарный диабет тип 2. Целевое значение HbA1c<7,0%. Диабетическая непролиферативная ретинопатия на правом глазу. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек II стадия (С2), альбуминурия 2 стадия (А2). Артериальная гипертония III стадии, 2 степени, риск ССО 4. Гиперлипидемия. 2. Диагноз «сахарного диабета (СД)» установлен на основании жалоб больного: сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Данных анамнеза (пациент болен более 2 лет); в лабораторных анализах гипергликемия. Стадия ретинопатии установлена в результате осмотра врача-окулиста. Диагноз «хронической болезни почек» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ. Установление степени артериальной гипертонии основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражений органов – мишеней (почек, сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия у больного сахарного диабета. Гиперлипидемия установлена на основании повышения холестерина, ТГ и снижения ЛПВП. 3. Определение уровня гемоглобина для исключения анемии, HbA1c; УЗИ почек для оценки поражения; проведение ЭКГ; ЭХО – КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; мониторирование АД для оценки стабильного повышения АД, 4. Препараты сульфанилмочевины: гликлазид МВ (диабетон МВ) обладает нефро- и кардиопротекцией. 5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП II – III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов II – лозартан.	**Теоретический / практический**

Задача № 2

Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился на приѐм к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли диффузного характера. Выявлена артериальная гипертензия: АД сидя – 150/95 мм рт. ст. АД лежа –165/100 мм рт. ст. При обследовании глазного дна: выявлено сужение артерий, расширения и извитость венул, артериовенозные перекресты (С-Г2), микроаневризмы и единичные точечные кровоизлияния по периферии; глюкоза крови натощак - 10,1 ммоль/л, в случайное время дня - 15,0 ммоль/л.

Из анамнеза известно: головные боли беспокоят около года, не обследовался.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Отѐков, стрий нет. Слизистые чистые. ОТ – 103 см, ОБ – 88 см, вес – 107 кг, рост – 172 см. ЧД в покое – 18 в минуту. При перкуссии в лѐгких ясный лѐгочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всеми лѐгочными полями. АД – 175/90 мм рт. ст., ЧСС – 100 в минуту. Левая граница сердца расширена на 1 см влево, верхняя и правая - в норме. Тоны ритмичные, приглушены. Язык обложен белым налѐтом, влажный. Живот увеличен за счѐт жирового слоя. Печень выступает из-под рѐберной дуги на 3 см, край закруглѐн. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Стул ежедневно. Диурез не считал. При осмотре нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Отсутствует температурная чувствительность на стопах и в нижней 1⁄3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены.
Проведено УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет. Печень: правая доля – 183 мм (КВР:130-150), левая доля – 90 мм (КВР 50-60) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок печени несколько обеднѐн. Внутрипечѐночные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68×28 мм, стенка – 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП – 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, чѐткие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезѐнка – 48 см (до 50) не изменена.
Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения.

Пример ответа:
1. СД 2 типа, индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,0%.
Диабетическая непролиферативная ретинопатия;
Диабетическая периферическая нейропатия, сенсорная форма. НАЖБП. Артериальная гипертензия 2 ст, риск 4.
Ожирение 2 ст (ИМТ=36,1 кг/м2), абдоминальный тип.
2. Диагноз «СД 2 тип» выставлен на основании синдрома хронической гипергликемии (натощак уровень гликемии – 10,1, случайно определенный уровень гликемии – 15,0 ммоль/л) и характерных осложнений СД (диабетической ретинопатии, полинейропатии, стеатогепатоза - НАЖБП).
Диагноз «д. полинейропатия» выставлен на основании отсутствия температурной чувствительности на стопах и в нижней 1/3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены.
Диагноз «д. ретинопатия I степени» подтвержден данными осмотра глазного дна.
Диагноз «ожирение (абдоминальный тип)» выставлен на основании ИМТ - 36,14 кг/м2;
Диагноз «НАЖБП» подтвержден увеличенными размерами печени (объективно и данными УЗИ - увеличение КВР правой доли), а также заболеваниями, лежащими в основе НАЖБП: СД2 и ожирение.
Диагноз «АГ» подтверждается повышением САД- 175 мм рт. ст (2 степень), ГЛЖ, СД, ожирение (высокий риск),
3. ОАК - исключение анемии, воспалительных изменений крови, ОАМ – разовая протеинурия,

возможные микрогематурия, цилиндрурия, лейкоцитурия, бактериурия (инфекция мочевыводящих путей при СД), моча на кетоновые тела. Определение МАУ, суточной протеинурии, СКФ, креатинина, мочевины, калия для оценки функционального состояния почек и своевременного выявления осложнения СД - диабетической нефропатии и уточнения еѐ стадии, липидограмма (повышение атерогенных фракций липидов), АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин и его фракции - оценка функционального состояния печени, исключение синдрома цитолиза на фоне стеатогепатита; мочевая кислота (метаболический синдром),
ЭКГ (оценка ритма и проводимости, гипертрофии отделов сердца),
ЭМГ нижних конечностей (уточнение стадии д. полинейропатии), УЗДГ артерий нижних конечностей (исключение атеросклеротических изменений артерий нижних конечностей, оценка степени стенозов), гликированный гемоглобин - определение тактики ведения пациента и назначение стартовой сахароснижающей терапии, динамика изменений на фоне лечения.
4. Диета 9, так как у пациента имеется ожирение, рекомендуется низкокалорийная диета (менее 1800, но не 1500 ккал/сут), снижение калорийности от исходно уровня проводится по 300-500 ккал/нед, голодание запрещено, исключить легкоусвояемые углеводы - сахар, печенье, конфеты, варенье, вафли, пирожные, мед, сладкие напитки, торты, шоколад, сухофрукты, бананы, виноград, дыню, манную и рисовую каши, питание дробное 4-6 раз в день небольшими порциями, ограничение потребления поваренной соли до 3г/сут (АГ), Метформин с 500 мг/сут постепенно увеличивая дозу до 2000 мг/сут (для уменьшения ИР, снижения гипергликемии за счет повышения чувствительности клеток к эндогенному инсулину, улучшения липидного спектра крови, снижения массы тела); статины (при гиперхолестеринемии), ингибиторы АПФ (нефропротективный и гипотензивный эффекты), препараты тиоктовой кислоты, 600 ЕД действующего вещества в 200 мл физ .р-ра, в/в капельно, 10 дней, затем в таблетках - 600 мг/сут, 2 месяца (при полинейропатии назначается в связи с антиоксидантным и метаболическим эффектами).
5. При соблюдении рекомендаций, снижении массы тела, контроле гликемии и компенсации диабета-благоприятный, так как остановится прогрессирование осложнений, в противном случае прогрессирование осложнений до развития слепоты, ХПН, инфарктов, инсультов, переход на инсулинотерапию при истощении в-клеток. Выбор терапии и титрация доз по данным гликемии в течение дня до и через 2 часа после приѐма пищи, натощак (целевые значения гликемии для пациентки в настоящее время- натощак менее 7,0 ммоль/л, через 2 часа после приема пищи-менее 9,0 ммоль/л). ОАК, ОАМ – 1 раз в год, МАУ - 1 раз в год, биохимическое исследование крови – общий белок, АЛТ, АСТ, липидограмма, креатинин, мочевина, билирубин, калий, натрий – 1 раз в год, СКФ – 1 раз в год, ЭКГ- 1 раз в год, исследование гликированного гемоглобина – 1 раз в 3 месяца, глазное дно – 1 раз в год, осмотр ног и оценка чувствительности - 1 раз в год, измерение АД - при каждом посещении врача, в домашних условиях, ведение дневника самоконтроля для коррекции терапии.

Задача № 3

Женщина, 68 лет. Жалобы на жажду, жидкости выпивает до 3 литров в сутки, частое мочеиспускание, зуд промежности, слабость, головокружение, головную боль, прогрессирующее снижение зрения.
Из анамнеза заболевания. Жалобы на головные боли и жажду больше 5 лет. В течение последних 4 лет состоит на учете у эндокринолога, наблюдается нерегулярно, лечение не принимает. Ухудшение состояния в течение месяца на фоне стрессового состояния.
Из анамнеза жизни. Роды одни, ребенок весом при рождении 4,5 кг. Менопауза 10 лет.
Объективно. Состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела 120 кг, вес 158 см. Кожный покров обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Периферических отеков нет.
Лабораторно-инструментальные исследования:
ОАК: Hb – 136 г/л; лейкоциты – $6,7 \times 10^9$/л; СОЭ – 24 мм/ч.
ОАМ: отн. плотность – 1020, кислая; белок – 0,033 г/л; лейкоциты – 1–2 в п/зр; сахар «+».
Биохимическое исследование крови: АсАТ – 16 U/L (8–33 U/L); АлАТ – 16 U/L (4–36 U/L); глюкоза – 10,3 ммоль/л; креатинин – 84 ммоль/л; мочевина – 6,3 ммоль/л; общий белок – 69 г/л; общий холестерин – 8,1 ммоль/л; триглицериды – 2,93 ммоль/л.

Гликированный Hb: 9,4 % (норма до 6 %). С-пептид: 1,4 нг/мл (норма 1,1–4,4). **Задача 4** Мужчина, 73 года. Жалобы на отечность голеней, слабость. Из анамнеза заболевания. Болен сахарным диабетом в течение 25 лет. Заболевание началось остро с кетоацидотической комы. В течение 7 лет беспокоит прогрессирующее снижение зрения. В течение последнего года появилась отечность голеней. Получает лечение: 40 ед. инсулина в сутки однократно перед завтраком. Объективно. Состояние средней степени тяжести. Пастозное лицо, массивные отеки на голенях. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин в покое. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 87 в мин. АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову: 14; 12; 9 см. Лабораторно-инструментальные исследования: ОАК: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$/л; Hb – 142 г/л; лейкоциты – $8,2 \times 10^{9}$/л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 3 %, п/я нейтрофилы – 2 %, с/я нейтрофилы – 73 %, лимфоциты – 18 %, моноциты – 4 %; СОЭ – 5 мм/час. Биохимическое исследование крови: общий белок – 54 г/л; альбумин – 25 г/л; холестерин – 8,6 ммоль/л; креатинин – 150 мкмоль/л; ОАМ: уд. вес 1035; белок – 6,0 г/л; лейкоциты – 3–4 в п/зр; эритроциты – 1–2 в п/зр; цилиндры гиал. – 4–5 в п/зр.; сахар – 2,5 %; ацетон отрицательный. Проба Реберга: клубковая фильтрация 59 мл/мин; канальцевая реабсорбция – 97 %. Гликемический профиль: 8.00 – 8,1 ммоль/л; 11.00 – 7,9 ммоль/л; 14.00 – 11.6 ммоль/л; 17.00 – 3,2 ммоль/л; 20.00 – 11,8 ммоль/л.	
Задание для показателя оценивания дескриптора «Владеет»	*Вид задания*
Примерный перечень тем для защиты клинического случая: Сахарный диабет 2 типа на фоне ишемической болезни сердца. Особенности клинической картины. Особенности медикаментозной терапии. Сахарный диабет 2 типа с сочетанием гипертонической болезни у пожилых. Особенности клинической картины. Особенности медикаментозной терапии. Особенности течения сахарного диабета 2 типа в пожилом и старческом возрасте. Диагностика. Лечение.	**Теоретический / практический**

Методические рекомендации по оцениванию результатов практики во время промежуточной аттестации:

При проведении промежуточной аттестации оцениваются

- ведение ординаторами дневника прохождения практики;
- характеристика ординатора от организации (в дневнике ординатора после прохождения каждого раздела по практике характеристика, заверенная руководителем практики от организации);
- демонстрацию практических навыков ординатором;
- уровень сформированности у ординатора компетенций

Уровни овладения практическими умениями (универсальными, специальными)

№ п/п	Наименование практических умений	Рекомендуемый уровень*	Достигнутый уровень	Кратность
Практические умения (универсальные)				
1.	Сбор и интерпретация жалоб и анамнеза	IV		
2.	Физикальное посистемное обследование пациента с определение симптомов и синдромов (объективный статус)	IV		
3.	Интерпретация инструментальных методов исследования - ЭКГ, рентгенограмм, УЗИ исследований, данных КТ и ЯМР и др.	IV		
4.	Интерпретация данных лабораторных методов исследований - ОАК, ОАМ, Б/Х, бактериологических , иммунологических, гликемический профиль и др.	IV		
5.	Формулировка предварительного и клинического диагноза	IV		
6.	Дифференциальная диагностика заболеваний при поступлении пациентов	III-IV		
7.	Составление плана обследования больного при основных заболеваниях	III-IV		
8.	Определение показаний к дополнительным специальным методам исследования	III-IV		
9.	Составление плана лечения	III-IV		
10.	Выписка рецептов, оформление листа назначений	III-IV		
11.	Определение прогноза заболевания и трудоспособности пациента после проведенного лечения	III-IV		
12.	Составление рекомендации и плана реабилитации пациента после лечения	III-IV		
13.	Проведение санитарно- просветительной работы с пациентом или родственниками	III-IV		
14.	Заполнение медицинской документации (истории болезни, выписки и др.)	III-IV		
15.	Участие в утренней врачебной конференции	II-III		
16.	Обход курируемых больных	III-IV		
17.	Доклад больного на обходе	IV		
18.	Работа в процедурном или манипуляционном кабинете	III-IV		
Практические умения (специальные)				
1.	Методы стандартного обследования	III-IV		

	больных с заболеваниями эндокринной системы			
2.	Самостоятельное проведение экспресс – метода определения уровня глюкозы крови с помощью глюкометра и интерпретация их результатов	III-IV		
3.	Обосновать показания к назначению методики уровня гликолизированного-гемоглобина и его оценка	III-IV		
4.	Самостоятельное проведение методики перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) и интерпретация их результатов	III-IV		
5.	Самостоятельное проведение методики определения нарушения видов чувствительности при диабетической нейропатии и оценка их результатов	III-IV		
6.	Самостоятельное проведение осмотра стопы при СД и оценка ее состояния	III-IV		
7.	Обосновать показания к определению протеинурии и подсчет СКФ с оценкой	III-IV		
8.	Обоснование целевых уровней липидного обмена при СД	III-IV		
9.	Обоснование целевых уровней углеводного обмена при СД	III-IV		
10	Обоснование целевых уровней АД при СД	III-IV		
11	Обоснование показаний к назначению методик функциональных тестов при автономной нейропатии: проба Вальсальвы, ортостатическая проба, проба с изометрической нагрузкой и самостоятельная их проведения	III-IV		
12	Уметь проводить обучение в школе самоконтроля больных сахарным диабетом и оценивать конечные результаты	III-IV		
13	Подсчет ИМТ и интерпретация	III-IV		
14	Измерение роста пациента и оценка	III-IV		
15	Техника инъекций инсулина	III-IV		
16	Определение режима и дозы инсулинотерапии	III-IV		
17	Расчет хлебных единиц (ХЕ)	III-IV		
18	Самостоятельная оценка позы Ромберга	III-IV		
19	Осмотр и пальпация молочных желез. Оценка их состояния	III-IV		
20	Участие в методике проведения ультразвуковых исследований органов брюшной полости и забрюшинного пространства и самостоятельная интерпретация их результатов	III-IV		

21	Обосновать показания к назначению методик компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса органов эндокринной системы и самостоятельная интерпретация их результатов.	III-IV		
22	Обосновать показания к назначению функциональных методов исследования сердечно – сосудистой системы при сахарном диабете у пожилых и пациентов старческого возраста (ЭхоКГ, холтер – монитор, СМАД, ТШХ, ВЭМ и др) и самостоятельная интерпретация их результатов.	III-IV		
23	Самостоятельное снятие ЭКГ и выявление неотложных изменений с организацией дальнейших действий (направить к специалисту)	III-IV		
24	Обосновать показания к назначению методики оценки биохимических показателей крови и мочи при эндокринных заболеваниях и самостоятельная интерпретация их результатов	III-IV		
25	Заполнение и ведение медицинской карты стационарного больного, оформление выписки из медицинской карты	III-IV		
26	Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: медицинской карты амбулаторного больного, статистического талона, листа нетрудоспособности, направления на госпитализации, санаторно –курортной карты и других	III-IV		
27	Обосновать показания к направлению пациента на МСЭ и заполнение документации	III-IV		

* - уровни овладения:
I уровень - иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания
II уровень - принять участие, оценить
III уровень - выполнить под руководством
IV уровень - выполнить самостоятельно

Критерии определения сформированности компетенций

Критерии оценивания	Уровни сформированности компетенций		
	пороговый	достаточный	повышенный

этапов формирования компетенции	Компетенция сформирована. Демонстрируется недостаточный уровень самостоятельности практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности. высокая адаптивность практического навыка
Уровень знаний	Теоретическое содержание освоено частично, есть несущественные пробелы, неточности и недочеты при выполнении заданий	Теоретическое содержание дисциплины освоено полностью, без пробелов, некоторые практические навыки сформированы недостаточно	Теоретическое содержание освоено полностью, без пробелов
Уровень умений	Необходимые умения, предусмотренные рабочей программой практики, в основном сформированы	Некоторые практические навыки сформированы недостаточно	Практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы полностью
Уровень овладения навыками и (или) практическими умениями	Необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, в основном освоены, уровень достигнутых навыков соответствует I-у уровню освоения практическими умениями	Необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, в основном освоены, некоторые практические навыки освоены недостаточно, уровень достигнутых навыков соответствует II-III -у уровню освоения практическими умениями	Практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, освоены полностью, уровень достигнутых навыков соответствует III – IV-у уровню освоения практическими умениями

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформирован-ности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или пороговый уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции
1 этап			

Обучающийся демонстрирует неспособность применять соответствующие знания, умения и навыки при выполнении задания по практике. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах прохождения практики	Обучающийся демонстрирует наличие базовых знаний, умений и навыков при выполнении задания по практике, но их уровень недостаточно высок. Поскольку выявлено наличие сформированной компетенции, ее следует оценивать положительно, но на низком уровне	Обучающийся демонстрирует наличие соответствующих знаний, умений и навыков при выполнении задания по практике на достаточном уровне. Наличие сформированной компетенции на достаточном уровне следует оценивать как положительное и устойчиво закрепленное в практическом навыке	Обучающийся демонстрирует наличие соответствующих знаний, умений и навыков при выполнении задания по практике на повышенном уровне. Присутствие сформированной компетенции на высоком уровне, способность к ее дальнейшему саморазвитию и высокой адаптивности практического применения к изменяющимся условиям профессиональной задачи позволяет дать высокую оценку
2 этап			
У обучающегося не сформировано более 50% компетенций	Наличие у обучающегося 50-69% сформированных компетенций	Наличие у обучающегося 70-84% сформированных компетенций	Наличие у обучающегося 85-100% сформированных компетенций

Соответствие процентной оценки и традиционной четырехбалльной системы оценивания:

- менее 50% – оценка «неудовлетворительно» / «не зачтено»;
- 50-69%– оценка «удовлетворительно» / «зачтено»;
- 70-84% - оценка «хорошо» / «зачтено»;
- 85-100% - оценка отлично» / «зачтено».

Получение оценки «зачтено» и (или) положительной оценки позволяет сделать вывод о достаточной сформированности части следующих компетенций: ПК -5, ПК-6, ПК -7, ПК – 8, ПК-12.

Полное формирование указанных компетенций достигается при успешном освоении смежных дисциплин по программе ординатуры.

Приложение 3.1

Рекомендуемая форма дневника ординатора

ДНЕВНИК РАБОТЫ ОРДИНАТОРА

по специальности_____
Ф. И.О. ординатора _____
База прохождения ординатуры(кафедра) _____
Ответственный по ординатуре (кафедра) _____

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА

Тематический план лекций

№ п/п	Тема лекции	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14. и т. д.		

Посещение лекций за месяц_____%

Тематический план практических занятий

№ п/п	Темы семинарских занятий
1	
2	
3 и т. д.	

Посещение лекций за месяц_____%

Конференции, научные общества, симпозиумы, клинические разборы, семинары

№ п/п	Дата проведения	Темы	Участие (присутствие, доклад, демонстрация больного и пр.)
1			
2			
3 и т. д.			

Санпросвет работа

Дата	Тема	Место проведения и число слушателей

Список прочитанной и реферированной литературы:

№ п/п	Автор	Название статьи, журнала, монографии, год издания, стр.

Подготовлены рефераты по теме

Дата	Тема реферата

Проведение зачетов по разделам учебного плана

№ п/п	Раздел учебного плана	Дата проведения	Оценка	Подпись руководителя по ординатуре (кафедра)
1				
2				

Руководитель по ординатуре (кафедра) (подпись)_____

ординатор (подпись)_____

Обучающий симуляционный курс

№ п/п	Общепрофессиональные умения и навыки	Дата	Подпись преподавателя
№ п/п	Специальные профессиональные умения и навыки	Дата	Подпись преподавателя

Аттестация по базовой теоретической подготовке и симуляционному курсу
20____-20____ учебный год

Период обучения	Тестовый контроль	Симуляционный курс	Собеседование	Итоговая оценка	Дата

Заключение кафедры о готовности к прохождению практики:

_____

_____

Подпись заведующего кафедрой_____

подпись (Ф. И.О.)

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЗАДАНИЕ

на производственную (клиническую) практику

Ординатор_____

(ФИО. ординатора) Специальность_____ Кафедра _____ Руководитель практики _____ (должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

Перечень универсальных и специальных практических навыков базовой (вариативной) части практики

№ п/п	Наименование	Минимальное количество
	Участие в диагностических и лечебных мероприятиях и процедурах (универсальные)	
1.	Сбор и интерпретация жалоб и анамнеза	220
2.	Физикальное посистемное обследование пациента с определение симптомов и синдромов (объективный статус)	220
3.	Интерпретация инструментальных методов исследования - ЭКГ, рентгенограмм, УЗИ исследований, данных КТ и ЯМР и др.	120
4.	Интерпретация данных лабораторных методов исследований - ОАК, ОАМ, Б/Х, бактериологических , иммунологических, гликемический профиль и др.	120
5.	Формулировка предварительного и клинического диагноза	22
6.	Дифференциальная диагностика заболеваний при поступлении пациентов	22
7.	Составление плана обследования больного при основных заболеваниях	50
8.	Определение показаний к дополнительным специальным методам исследования	50
9.	Составление плана лечения	22
10.	Выписка рецептов, оформление листа назначений	50
11.	Определение прогноза заболевания и трудоспособности пациента после проведенного лечения	22
12.	Составление рекомендации и плана реабилитации пациента после лечения	220
13.	Проведение санитарно- просветительной работы с пациентом или родственниками	50
14.	Заполнение медицинской документации (истории болезни, выписки и др.)	240
15.	Участие в утренней врачебной конференции	30
16.	Обход курируемых больных	220
17.	Доклад больного на обходе	30
18.	Работа в процедурном или манипуляционном кабинете	50
	Практические умения (специальные)	
1.	Методы стандартного обследования больных с заболеваниями эндокринной системы	220
2.	Самостоятельное проведение экспресс – метода определения уровня глюкозы крови с помощью глюкометра и интерпретация их результатов	120

3.	Обосновать показания к назначению методики уровня гликолизированногогемоглобина и его оценка	20
4.	Самостоятельное проведение методики перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) и интерпретация их результатов	10
5.	Самостоятельное проведение методики определения нарушения видов чувствительности при диабетической нейропатии и оценка их результатов	20
6.	Самостоятельное проведение осмотра стопы при СД и оценка ее состояния	20
7.	Обосновать показания к определению протеинурии и подсчет СКФ с оценкой	20
8.	Обоснование целевых уровней липидного обмена при СД	20
9.	Обоснование целевых уровней углеводного обмена при СД	20
10.	Обоснование целевых уровней АД при СД	20
11.	Обоснование показаний к назначению методик функциональных тестов при автономной нейропатии: проба Вальсальвы, ортостатическая проба, проба с изометрической нагрузкой и самостоятельная их проведения	10
12.	Уметь проводить обучение в школе самоконтроля больных сахарным диабетом и оценивать конечные результаты	20
13.	Подсчет ИМТ и интерпретация	20
14.	Измерение роста пациента и оценка	20
15.	Техника инъекций инсулина	20
16.	Определение режима и дозы инсулинотерапии	100
17.	Расчет хлебных единиц (ХЕ)	20
18.	Самостоятельная оценка позы Ромберга	220
19.	Осмотр и пальпация молочных желез. Оценка их состояния	100
20.	Участие в методике проведения ультразвуковых исследований органов брюшной полости и забрюшинного пространства и самостоятельная интерпретация их результатов	30
21.	Обосновать показания к назначению методик компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса органов эндокринной системы и самостоятельная интерпретация их результатов.	10
22.	Обосновать показания к назначению функциональных методов исследования сердечно – сосудистой системы при сахарном диабете у пожилых и пациентов старческого возраста (ЭхоКГ, холтер – монитор, СМАД, ТШХ, ВЭМ и др) и самостоятельная интерпретация их результатов.	10
23.	Самостоятельное снятие ЭКГ и выявление неотложных изменений с организацией дальнейших действий (направить к специалисту)	10
24.	Обосновать показания к назначению методики оценки биохимических показателей крови и мочи при эндокринных заболеваниях и самостоятельная интерпретация их результатов	25
25.	Заполнение и ведение медицинской карты стационарного больного, оформление выписки из медицинской карты	1
26.	Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: медицинской карты амбулаторного больного, статистического талона, листа нетрудоспособности, направления на госпитализации, санаторно – курортной карты и других	1
27.	Обосновать показания к направлению пациента на МСЭ и заполнение документации	25

Задание принято к исполнению: _____ «__» _____ 20___г

Руководитель практики _____ ФИО

ПРАКТИКА
(в соответствии с индивидуальным планом и утвержденным графиком)

Виды профессиональной деятельности	**Стационар / поликлиника** отделение продолжительность / сроки прохождения	Формируемые профессиональные компетенции	зачет
	Стационарный этап 216 час. /12 ЗЕ / 4 недель		
Курация больных под руководством преподавателя, ведение документации	II семестр 108 час. 6 ЗЕТ/2 нед.	ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12	
Промежуточный контроль (зачет)		ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12	

Ответственный по ординатуре (кафедра) (подпись)_____
Руководитель практической подготовки (медицинская организация)
(подпись)_____

ИНСТРУКТАЖ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ

Ф.И.О. ординатора: _____

_____Подпись:_____

База практики ЛПУ/отделение _____

_____

Дата проведения инструктажа: _____

Ф.И.О., должность лица, проводившего инструктаж: _____

_____

Подпись_____ Место печати ЛПУ

ДНЕВНИК ВЕДЕНИЯ ПОНЕДЕЛЬНО (по циклам)

Учет работы ординатора за одну неделю

Отделение _____
с «___»_____20___г. по «____»_____20___г.

Курирование больных - диагноз	Число больных за каждый день недели						Подпись руководителя практической подготовки	Всего
1.	1	2	3	4	5	6		
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

Диагностические и лечебные мероприятия	Число процедур за каждый день недели						Подпись руководителя практической подготовки	Всего
1.	1	2	3	4	5	6		
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

Темы больничных конференций, клинико – анатомических конференций, заседаний научных обществ, прослушанных лекций, консультаций	Дата проведения	Подпись руководителя практической подготовки
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6. и т. д.		

Подпись ординатора_____

Подпись руководителя практической подготовки (медицинская организация)_____

ПРОТОКОЛ ДЕЖУРСТВА ВО ВРЕМЯ ПРАКТИКИ
от _____ числа _____ месяца _____ года

Не менее двух 12 – часовых дежурств в месяц для терапевтических специальностей и не менее четырех 12 – часовых дежурств в месяц для хирургических специальностей
В протоколе указать всю работу, которую приходилось делать в период дежурства

_____
_____
_____

Подпись ординатора _____ Подпись дежурного врача_____

После каждого раздела практики в дневнике проводится учет работы ординатора:
А. *Количество курируемых больных по диагнозам:***1. и т. д.**
Б. *Проведены методы исследования (какие, сколько):* **1. и т. д.**
В. *Ассистенции (какие, сколько):***1. и т. д.**
Г. *Неотложные состояния (какие, сколько):***1. и т. д.**

Подпись ординатора _____
Подпись руководителя практической подготовки (медицинская организация)_____

По окончании цикла (см. индивидуальный план прохождения ординатуры) руководитель практической подготовки (медицинская организация) пишет характеристику на ординатора и подписывает.

Форма характеристики медицинской организации на ординатора

Специальность _____ год обучения_____
Ф. И. О.
_____

База практики _____
_____

Сроки практики с «____»_____20___ г. по «____»_____20___ г.

Отработано часов _____

Характеристика	**Оценка**			
1. Соответствие профессии врача	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
2. Внешний вид (хир. костюм, опрятность)	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
3. Владение практическими умениями	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
4. Уровень владения компьютером	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
5. Добросовестность, ответственность	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
6. Надежность, дисциплина	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
7. Работоспособность, исполнительность	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
8. Способность к сотрудничеству	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
9. Общение с пациентом	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
10. Толерантность, уравновешенность	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
11. Реакция на критику, самокритика	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
12. Самостоятельность, способность принимать решения	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
13. Личная инициативность	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
14. Умение заполнять медицинскую документацию	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
15. Использование инновационных технологий	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
Итоговая оценка	**Отл.**	**Хор.**	**Удовл.**	**Неуд.**

Дополнительные замечания и предложения_____
_____
_____

Количество пропущенных дней / часов _____
в т.ч. по уважительной причине_____

Итоговая оценка:_____
(выставляется руководителем практики от медицинской организации)

Руководитель практики от медицинской организации:
должность _____ Ф.И.О.

Печать медицинской организации

Уровни овладения практическими умениями:

I. Иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания.
II. Принять участие, оценить.
III. Выполнить под руководством.
IV. Выполнить самостоятельно.

№ п/п	Наименование практических умений	Рекомендуемый уровень*	Достигнутый уровень	Кратность
Практические умения (универсальные)				
1.	Сбор и интерпретация жалоб и анамнеза	IV		
2.	Физикальное посистемное обследование пациента с определение симптомов и синдромов (объективный статус)	IV		
3.	Интерпретация инструментальных методов исследования - ЭКГ, рентгенограмм, УЗИ исследований, данных КТ и ЯМР и др.	IV		
4.	Интерпретация данных лабораторных методов исследований - ОАК, ОАМ, Б/Х, бактериологических , иммунологических, гликемический профиль и др.	IV		
5.	Формулировка предварительного и клинического диагноза	IV		
6.	Дифференциальная диагностика заболеваний при поступлении пациентов	III-IV		
7.	Составление плана обследования больного при основных заболеваниях	III-IV		
8.	Определение показаний к дополнительным специальным методам исследования	III-IV		
9.	Составление плана лечения	III-IV		
10.	Выписка рецептов, оформление листа назначений	III-IV		
11.	Определение прогноза заболевания и трудоспособности пациента после проведенного лечения	III-IV		
12.	Составление рекомендации и плана реабилитации пациента после лечения	III-IV		
13.	Проведение санитарно- просветительной работы с пациентом или родственниками	III-IV		
14.	Заполнение медицинской документации (истории болезни, выписки и др.)	III-IV		
15.	Участие в утренней врачебной конференции	II-III		
16.	Обход курируемых больных	III-IV		
17.	Доклад больного на обходе	IV		

18.	Работа в процедурном или манипуляционном кабинете	III-IV		
19. **Практические умения (специальные)**				
20.	Методы стандартного обследования больных с заболеваниями эндокринной системы	III-IV		
21.	Самостоятельное проведение экспресс – метода определения уровня глюкозы крови с помощью глюкометра и интерпретация их результатов	III-IV		
22.	Обосновать показания к назначению методики уровня гликолизированного-гемоглобина и его оценка	III-IV		
23.	Самостоятельное проведение методики перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) и интерпретация их результатов	III-IV		
24.	Самостоятельное проведение методики определения нарушения видов чувствительности при диабетической нейропатии и оценка их результатов	III-IV		
25.	Самостоятельное проведение осмотра стопы при СД и оценка ее состояния	III-IV		
26.	Обосновать показания к определению протеинурии и подсчет СКФ с оценкой	III-IV		
27.	Обоснование целевых уровней липидного обмена при СД	III-IV		
28.	Обоснование целевых уровней углеводного обмена при СД	III-IV		
29.	Обоснование целевых уровней АД при СД	III-IV		
30.	Обоснование показаний к назначению методик функциональных тестов при автономной нейропатии: проба Вальсальвы, ортостатическая проба, проба с изометрической нагрузкой и самостоятельная их проведения	III-IV		
31.	Уметь проводить обучение в школе самоконтроля больных сахарным диабетом и оценивать конечные результаты	III-IV		
32.	Подсчет ИМТ и интерпретация	III-IV		
33.	Измерение роста пациента и оценка	III-IV		
34.	Техника инъекций инсулина	III-IV		
35.	Определение режима и дозы инсулинотерапии	III-IV		
36.	Расчет хлебных единиц (ХЕ)	III-IV		
37.	Самостоятельная оценка позы Ромберга	III-IV		
38.	Осмотр и пальпация молочных желез. Оценка их состояния	III-IV		

39.	Участие в методике проведения ультразвуковых исследований органов брюшной полости и забрюшинного пространства и самостоятельная интерпретация их результатов	III-IV		
40.	Обосновать показания к назначению методик компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса органов эндокринной системы и самостоятельная интерпретация их результатов.	III-IV		
41.	Обосновать показания к назначению функциональных методов исследования сердечно – сосудистой системы при сахарном диабете у пожилых и пациентов старческого возраста (ЭхоКГ, холтер – монитор, СМАД, ТШХ, ВЭМ и др) и самостоятельная интерпретация их результатов.	III-IV		
42.	Самостоятельное снятие ЭКГ и выявление неотложных изменений с организацией дальнейших действий (направить к специалисту)	III-IV		
43.	Обосновать показания к назначению методики оценки биохимических показателей крови и мочи при эндокринных заболеваниях и самостоятельная интерпретация их результатов	III-IV		
44.	Заполнение и ведение медицинской карты стационарного больного, оформление выписки из медицинской карты	III-IV		
45.	Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: медицинской карты амбулаторного больного, статистического талона, листа нетрудоспособности, направления на госпитализации, санаторно –курортной карты и других	III-IV		
46.	Обосновать показания к направлению пациента на МСЭ и заполнение документации	III-IV		
47.	Сбор и интерпретация жалоб и анамнеза	III-IV		
48.	Физикальное посистемное обследование пациента с определение симптомов и синдромов (объективный статус)	III-IV		
49.	Интерпретация инструментальных методов исследования - ЭКГ, рентгенограмм, УЗИ исследований, данных КТ и ЯМР и др.	III-IV		
50.	Интерпретация данных лабораторных методов исследований - ОАК, ОАМ,	III-IV		

	Б/Х, бактериологических , иммунологических, гликемический профиль и др.			
51.	Формулировка предварительного и клинического диагноза	III-IV		
52.	Дифференциальная диагностика заболеваний при поступлении пациентов	III-IV		
53.	Составление плана обследования больного при основных заболеваниях	III-IV		
54.	Определение показаний к дополнительным специальным методам исследования	III-IV		
55.	Составление плана лечения	III-IV		
56.	Обосновать показания к направлению пациента на МСЭ и заполнение документации	III-IV		

Врач Фамилия И.О. _____ печать и подпись_____

ОТЧЕТ ОРДИНАТОРА
по производственной (клинической) практике (базовой/вариативной)

Ординатор_____
ФИО ординатора

Специальность_____

Кафедра _____

I. Сводный отчет
о выполнении индивидуального плана прохождения практики

№	Медицинские организации и их подразделения	Дата прохождения (длительность в неделях)	Ответственный работник базы (Ф.И.О., должность)	Выполнение
1.				
1.1				
1.2				
2.				
2.1				
2.2				
3. и т.д.				

II. Перечень универсальных и специальных практических навыков базовой/вариативной части практики

№ п/п	Наименование	Минимальное количество	Выполненное количество
	Участие в диагностических и лечебных мероприятиях и процедурах (универсальные)		
	Сбор и интерпретация жалоб и анамнеза	220	
	Физикальное посистемное обследование больного с определение симптомов и патологии (объективный статус)	220	
	Интерпретация инструментальных методов исследования - ЭКГ, рентгенограмм, УЗИ исследований, данных КТ и ЯМР и др.	120	
	Интерпретация данных лабораторных методов исследований - ОАК, ОАМ, Б/Х, бактериологических, иммунологических, гликемический профиль и др.	120	
	Формулировка предварительного и клинического диагноза	22	
	Дифференциальная диагностика заболеваний при поступлении пациентов	22	
	Составление плана обследования больного при основных заболеваниях	50	
	Определение показаний к дополнительным специальным методам исследования	50	
	Составление плана лечения	22	
	Выписка рецептов, оформление листа назначений	50	

	Определение прогноза заболевания и трудоспособности пациента после проведенного лечения	22	
	Проведение санитарно- просветительной работы с пациентом или родственниками	50	
	Заполнение медицинской документации (истории болезни, выписки и др.)	240	
	Участие в утренней врачебной конференции	30	
	Доклад больного на обходе	30	
	Работа в процедурном или манипуляционном кабинете	50	
	Участие в диагностических и лечебных мероприятиях и процедурах (специальные)		
	Методы стандартного обследования больных с заболеваниями эндокринной системы	220	
	Самостоятельное проведение экспресс – метода определения уровня глюкозы крови с помощью глюкометра и интерпретация их результатов	120	
	Обосновать показания к назначению методики уровня гликолизированногогемоглобина и его оценка	20	
	Самостоятельное проведение методики перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) и интерпретация их результатов	10	
	Самостоятельное проведение методики определения нарушения видов чувствительности при диабетической нейропатии и оценка их результатов	20	
	Самостоятельное проведение осмотра стопы при СД и оценка ее состояния	20	
	Обосновать показания к определению протеинурии и подсчет СКФ с оценкой	20	
	Обоснование целевых уровней липидного обмена при СД	20	
	Обоснование целевых уровней углеводного обмена при СД	20	
	Обоснование целевых уровней АД при СД	20	
	Обоснование показаний к назначению методик функциональных тестов при автономной нейропатии: проба Вальсальвы, ортостатическая проба, проба с изометрической нагрузкой и самостоятельная их проведения	10	
	Уметь проводить обучение в школе самоконтроля больных сахарным диабетом и оценивать конечные результаты	20	
	Подсчет ИМТ и интерпретация	20	
	Измерение роста пациента и оценка	20	
	Техника инъекций инсулина	20	
	Определение режима и дозы инсулинотерапии	100	
	Расчет хлебных единиц (ХЕ)	20	
	Самостоятельная оценка позы Ромберга	10	
	Осмотр и пальпация молочных желез. Оценка их состояния	25	
	Участие в методике проведения ультразвуковых исследований органов брюшной полости и забрюшинного пространства и самостоятельная интерпретация их результатов	15	
	Обосновать показания к назначению методик компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса органов эндокринной системы и самостоятельная интерпретация их	30	

	результатов.		
	Обосновать показания к назначению функциональных методов исследования сердечно – сосудистой системы при сахарном диабете у пожилых и пациентов старческого возраста (ЭхоКГ, холтер – монитор, СМАД, ТШХ, ВЭМ и др) и самостоятельная интерпретация их результатов.	10	
	Самостоятельное снятие ЭКГ и выявление неотложных изменений с организацией дальнейших действий (направить к специалисту)	8	
	Обосновать показания к назначению методики оценки биохимических показателей крови и мочи при эндокринных заболеваниях и самостоятельная интерпретация их результатов	8	
	Заполнение и ведение медицинской карты стационарного больного, оформление выписки из медицинской карты	25	
	Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: медицинской карты амбулаторного больного, статистического талона, листа нетрудоспособности, направления на госпитализации, санаторно –курортной карты и других	50	
	Обосновать показания к направлению пациента на МСЭ и заполнение документации	50	
	Сбор и интерпретация жалоб и анамнеза	50	
	Физикальное посистемное обследование пациента с определение симптомов и синдромов (объективный статус)	5	

Самоанализ работы ординатора

(заполняется ординатором в конце семестра/цикла):

После прохождения производственной практики:

Я научился (лась), мне понравилось

_____

_____

_____

_____

Пожелания и рекомендации по организации и проведению практики

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Планируемые мероприятия по повышению своей квалификации_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Общая оценка, которую я выставил (а) бы за свою работу_____

Дата сдачи отчета: _____ «__» _____ 20___г.

Ординатор _____ ФИО

Руководитель практики _____ ФИО

Форма отчета руководителя практики от кафедры

1.Ф.И.О. руководителя практики_____

2.Сроки проведения практики: _____ (учебный год)

3.Количество обучающихся на базе практики (по каждой специальности отдельно):

База практики	Наименование специальности	Наименование специальности	Наименование специальности
	Количество ординаторов	Количество ординаторов	Количество ординаторов

4. Проведенная подготовительная работа (проведение собраний, инструктажа по практике, подготовка методических рекомендаций, разработка форм дневников по практике, количество заключенных договоров и т.п.): _____

_____

5. Своевременность начала и конца практики (соблюдение сроков прохождения практики в соответствии с графиком учебного процесса): _____

_____

_____

6. Качество и правильность ведения дневников обучающихся: _____

_____

_____

7. Основные ошибки в дневниках обучающихся: _____

_____

_____

8. Объем выполнения программы практики обучающимися: _____

_____

_____

(программа практики выполнена в полном объеме / программа практики не выполнена и т.п.)

9. Средний балл отдельно по специальностям:

Средний балл	Наименование специальности	Наименование специальности	Наименование специальности
	ординаторы	ординаторы	ординаторы

10. Количество ординаторов, не прошедших практику при отсутствии уважительной причины:_____

11. Количество ординаторов, получивших оценку «неудовлетворительно» при промежуточной аттестации результатов прохождения практики: _____

12. Замечания по проведению практики: _____

13. Замечания по сдаче отчетной документации: _____

14. Предложения по совершенствованию практики:_____

Отчет должен быть предоставлен в МИ не позднее: «___» _____20____г