

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Научно-образовательный центр «Хирургия»
Кафедра и клиника хирургических болезней имени проф. А.М. Дыхно
с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО
Кафедра и клиника хирургических болезней имени проф. Ю.М. Лубенского
Кафедра общей хирургии имени проф. М.И. Гульмана

ХИРУРГИЯ

Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и
промежуточной и итоговой аттестации обучающихся
по специальности 31.08.67 Хирургия

Красноярск
2018

Составители: д.м.н. профессор Д.В. Черданцев, д.м.н. профессор Ю.С. Винник, д.м.н. профессор Д.Э. Здзитовецкий, д.м.н. профессор О.В. Первова, д.м.н. профессор С.И. Петрушко, к.м.н., доценты А.А. Коваленко, В.Г. Филистович, А.А.Поздняков, В.Ю. Толстихин, Е.П. Данилина, В.Р. Кембель, Р.Н. Борисов, к.м.н., ассистент Ю.А. Назарьянц, ассистент А.А. Дударев, ассистент И.Г. Носков.

31.08.67 Хирургия: фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по 31.08.67 Хирургия / сост. д.м.н. профессор Д.В. Черданцев, д.м.н. профессор Ю.С. Винник, д.м.н. профессор Д.Э. Здзитовецкий, д.м.н. профессор О.В. Первова, д.м.н. профессор С.И. Петрушко, к.м.н., доценты А.А. Коваленко, В.Г. Филистович, А.А.Поздняков, В.Ю. Толстихин, Е.П. Данилина, В.Р. Кембель, Р.Н. Борисов, к.м.н., ассистент Ю.А. Назарьянц, ассистент А.А. Дударев, ассистент И.Г. Носков. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 17 с.

Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации является неотъемлемой частью учебно-методического комплекса ОПОП ВО. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2014 по специальности 31.08.67 Хирургия, рабочей программой специальности (2018 г.) и СТО СМК 7.5.03/1-17.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол N 6 от 25 июня 2018 г.).

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2018

Содержание

Критерии оценивания

1. Хирургия
2. Производственная (клиническая) практика – симуляционный курс
3. Производственные (клинические) практики
4. Клиническая лабораторная диагностика
5. Патология
6. Общественное здоровье и здравоохранение
7. Клиническая фармакология
8. Медицина чрезвычайных ситуаций
9. Педагогика
10. Онкология
11. Анестезиология и реаниматология
12. Трансфузиология
13. Урология
14. Организация лекарственного обеспечения населения РФ
15. Современные технологии управления в здравоохранении
16. Финансовая культура и грамотность
17. Топографическая анатомия и оперативная хирургия
18. Травмотология и ортопедия
19. Нейрохирургия

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ

1. Критерии оценки для оценочного средства: Тесты

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий - менее 70%	-/-	2 - "неудовлетворительно"

2. Критерии оценки для оценочного средства: Практические навыки

<i>Показатель оценки результатов обучения</i>	<i>Уровень сформированности компетенции</i>	<i>Шкала оценивания</i>
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"

Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров - менее 70%	-/-	2 - "неудовлетворительно"
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	---------------------------

3. Критерии оценки для оценочного средства: Ситуационные задачи

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
<p>Полно раскрыто содержание материала; материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; точно используется терминология; показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы</p>	Повышенный	5 - "отлично"
<p>Вопросы излагаются систематизированно и последовательно; продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; продемонстрировано усвоение основной литературы; в изложении допущены небольшие пробелы, не искажившие содержание; допущены один - два недочета при освещении основного содержания, исправленные по замечанию преподавателя</p>	Базовый	4 - "хорошо"

<p>Неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; усвоены основные категории по рассматриваемому вопросу; имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии; при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, ординатор не может применить теорию в новой ситуации; продемонстрировано усвоение основной литературы</p>	<p>Пороговый</p>	<p>3 - "удовлетворительно"</p>
<p>Не раскрыто основное содержание учебного материала; обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов; не сформированы компетенции, умения и навыки</p>	<p>-/-</p>	<p>2 - "неудовлетворительно"</p>

1. Хирургия

Коды формируемых компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УГРОЗЫ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ ФГДС ЯВЛЯЕТСЯ 1. размеры язвы 2. расположение язвы 3. глубина язвы 4. наличие тромбированных сосудов в дне язвы	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
2.	К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК НЕ ОТНОСИТСЯ 1. атипичное прободение 2. сочетание прободения с другими осложнениями 3. прободение с образованием инфильтрата 4. прободение в свободную брюшную полость	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
3.	К ПЕРИОДАМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НЕ ОТНОСИТСЯ ПЕРИОД 1. разлитого гнойного перитонита 2. септического шока 3. внезапной резкой боли, шока 4. мнимого благополучия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
4.	К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК НЕ ОТНОСИТСЯ 1. «кинжальная» боль в животе 2. неукротимая рвота 3. напряжение мышц передней брюшной стенки 4. исчезновение печёночной тупости	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
5.	У МУЖЧИНЫ 25 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЖИВОТЕ ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОБНАРУЖЕН СВОБОДНЫЙ ГАЗ. НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ ТАКТИЧЕСКИМ РЕШЕНИЕМ В ДАЛЬНЕЙШЕМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. экстренная операция 2. ФГДС 3. контрастная рентгеноскопия желудка 4. динамическое наблюдение в хирургическом стационаре	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

6.	<p>У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННЫМ АНАМНЕЗОМ ВОЗНИКЛА СИЛЬНАЯ БОЛЬ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, ЧЕРЕЗ 30 МИН БОЛЬ СТИХЛА. ЧЕРЕЗ СУТКИ ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ. ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТ МЯГКИЙ, УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, СИМПТОМ ЩЁТКИНА-БЛЮМБЕРГА СЛАБОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ, ПЕЧЁНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СОХРАНЕНА, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37,5 °С. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острый аппендицит 2. обострение язвенной болезни желудка 3. прикрытая перфорация язвы желудка 4. острый холецистит 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
7.	<p>ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА И ДПК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. промыть желудок 2. ввести обезболивающий препарат 3. провести дезинтоксикационную терапию 4. экстренно госпитализировать в хирургический стационар 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
8.	<p>К МЕТОДУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ПО ТЕЙЛОРУ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. холод на живот 2. зондовая аспирация желудочного содержимого 3. дезинтоксикационная терапия 4. антибиотикотерапия 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
9.	<p>К РЕКОМЕНДОВАННЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДПК НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ушивание язвы 2. гастроэнтеростомия 3. иссечение язвы с пилоропластикой в сочетании с ваготомией 4. резекция желудка 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
10.	<p>К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ УШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. язва желудка с признаками малигнизации 2. тяжелые сопутствующие заболевания 3. впервые выявленная язва у больного молодого возраста 4. хирург не владеет другими операциями 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
11.	<p>ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УГРОЗЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ФГДС ЯВЛЯЕТСЯ</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<ul style="list-style-type: none"> 1. рубцующая язва 2. размеры язвы 3. локализация язвы 4. наличие тромбированных сосудов в дне язвы 			
12.	<p>В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. мелена 2. симптом мышечной защиты 3. рвота желудочным содержимым цвета «кофейной гущи» 4. коллапс 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
13.	<p>ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЕ ЯЗВЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. мужчин 2. женщин 3. стариков 4. больных молодого возраста (до 30 лет) 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-4
14.	<p>В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. «разъедающее» действие желудочного секрета 2. недостаток витаминов К и С 3. атеросклероз сосудов 4. гормональные нарушения 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
15.	<p>К КРОВОПОТЕРЕ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ОТНОСЯТ ПОТЕРЮ КРОВИ В ОБЪЁМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 300-400 мл (не более 10% ОЦК) 2. до 1,5 л (15-20% ОЦК) 3. до 2 л (25-30% ОЦК) 4. более 2 л (35% ОЦК) 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
16.	<p>ОСНОВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. сгущение крови 2. гипоксия мозга 3. гиповолемический шок 4. почечная недостаточность 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
17.	<p>ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. острая, в эпигастрии 2. тупая, обостряющаяся при кровотечении 3. исчезает вслед за начавшимся 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	кровоотечением 4. схваткообразная			
18.	БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ БОЛИ В ЖЕЛУДКЕ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У НЕГО ОБНАРУЖЕНЫ ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА. АМБУЛАТОРНО С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ МОЖНО УДАЛИТЬ 1. полипы на фоне ахилического гастрита 2. тотальный полипоз желудка 3. одиночный железистый полип 4. полипы с широким (более 2 см) основанием	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
19.	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ 1. полипоза желудка 2. болезни Менетрие 3. синдрома Маллори-Вейсса 4. хронической язвы желудка	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
20.	СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА – ЭТО 1. осложнение после хирургических вмешательств при язвенной болезни, проявляющееся многократной рвотой после приёма пищи 2. синоним синдрома верхней брыжеечной артерии 3. нарушение проходимости дистальных отделов желудка, обусловленное язвенной деформацией 4. гастринпродуцирующая опухоль поджелудочной железы, обуславливающая возникновение пептических гастродуоденальных язв, плохо поддающихся лечению	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
21.	БОЛЬНОЙ 56 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ПОХУДАНИЕ, ОФОРМЛЕННЫЙ СТУЛ ЧЁРНОГО ЦВЕТА, ПЕРИОДИЧЕСКИ РВОТУ ТИПА «КОФЕЙНОЙ ГУЩИ». ОБЪЕКТИВНО: ГЕМОДИНАМИКА СТАБИЛЬНАЯ, КОЖА БЛЕДНАЯ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО, РЕКТАЛЬНО – КАЛ ЧЁРНОГО ЦВЕТА. В АНАЛИЗЕ КРОВИ – АНЕМИЯ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ У ДАННОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ 1. рак желудка 2. язвенная болезнь желудка	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3. полипоз желудка 4. цирроз печени			
22.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ 1. рентгенография желудка 2. исследование кислотности желудочного содержимого 3. гастроскопия с полифокусной биопсией 4. цитология промывных вод желудка	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
23.	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА НЕ ОТНОСИТСЯ 1. полипоз желудка 2. язва желудка 3. болезнь Крона 4. хронический атрофический гастрит	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
24.	БОЛЬНОМУ, У КОТОРОГО ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕН МАЛИГНИЗИРОВАННЫЙ ПОЛИП ТЕЛА ЖЕЛУДКА, ПОКАЗАНО 1. оперативное лечение в условиях стационара 2. эндоскопическая полипэктомия в условиях стационара 3. эндоскопическая полипэктомия в условиях поликлиники 4. наблюдение и консервативная терапия	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
25.	К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ФОРМАМ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА НЕ ОТНОСЯТСЯ 1. метастазы Вирхова 2. метастазы Шницлера 3. метастазы в кости 4. метастазы Айриша	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
26.	БОЛЕЕ ДРУГИХ ПРЕДОХРАНЯЕТ ОТ РАЗВИТИЯ РАКА КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА РЕЗЕКЦИЯ ПО 1. Бильрот-1 2. Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера 3. Ру 4. Бальфуру	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
27.	БОЛЕЕ ДРУГИХ ПРЕДОХРАНЯЕТ ОТ РАЗВИТИЯ ТЯЖЁЛОГО ДЕМПИНГ-СИНДРОМА РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО 1. Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера 2. Бильрот-1 3. Ру	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	4. Бальфуру			
28.	<p>ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ</p> <p>1. Ровзинга 2. Воскресенского 3. Мерфи 4. Образцова</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
29.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ</p> <p>1. Кохера-Волковича 2. Ровзинга 3. Ситковского 4. Щёткина-Блюмберга</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
30.	<p>НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ</p> <p>1. Воскресенского 2. Щёткина-Блюмберга 3. Кохера-Волковича 4. Думбадзе</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
31.	<p>ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ</p> <p>1. гломерулонефрита 2. острого панкреатита 3. острого аднексита 4. правосторонней почечной коликой</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
32.	<p>НЕВЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО</p> <p>1. ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка 2. ригидности может не быть при тазовом расположении 3. рвота всегда предшествует боли 4. боль чаще начинается в эпигастральной области</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
33.	<p>ПЕРВИЧНО-ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ У</p> <p>1. детей 2. мужчин 3. женщин 4. лиц пожилого и старческого возраста</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-4
34.	<p>ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТАКОВОГО У ВЗРОСЛЫХ ВСЕМ, КРОМЕ</p> <p>1. схваткообразного характера боли, поноса,</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>многократной рвоты</p> <p>2. быстрого развития разлитого перитонита</p> <p>3. резкого напряжения мышц в правой подвздошной области</p> <p>4. выраженной интоксикации</p>			
35.	<p>ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ</p> <p>1. «кинжальная» боль в животе</p> <p>2. нарастание клинической картины перитонита</p> <p>3. внезапное усиление болей в животе</p> <p>4. напряжение мышц передней брюшной стенки</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
36.	<p>РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ИМЕЕТ</p> <p>1. симптом Кохера-Волковича</p> <p>2. пункция заднего свода влагалища</p> <p>3. жалоба на головокружение</p> <p>4. симптом Бартомье-Михельсона</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
37.	<p>НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБРАБОТКИ КУЛЬТЫ АППЕНДИКСА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. перевязка шелковой лигатурой с погружением культы</p> <p>2. перевязка лавсановой лигатурой с погружением культы</p> <p>3. перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культы</p> <p>4. перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культы</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
38.	<p>ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ПРИ ТАЗОВОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА, ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <p>1. симптома Ситковского</p> <p>2. примеси крови в каловых массах</p> <p>3. выраженной болезненности передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании</p> <p>4. выраженной температурной реакции</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
39.	<p>ПРИ ТАЗОВОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ВОСПАЛЁННОГО ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ВЫСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ПОМОГАЕТ СИМПТОМ</p> <p>1. Щёткина-Блюмберга</p> <p>2. Ровзинга</p> <p>3. Коупа</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4. Крымова			
40.	<p>ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. боль схваткообразного характера 2. быстрое развитие разлитого перитонита 3. высокая температура 4. выраженная интоксикация 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
41.	<p>К ИНСТРУМЕНТАМ ИЗ ГРУППЫ ДОСТУПА, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. троакары 2. стилеты 3. переходники (гильзы) 4. крючки Фарабёфа 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
42.	<p>К ИНСТРУМЕНТАМ ИЗ ВТОРОЙ ГРУППЫ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. зажимы для удержания органов и тканей 2. зажимы Микулича 3. ножницы 4. электроды 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
43.	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЛАПАРОСКОПИЮ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ В</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. операционной 2. манипуляционной 3. перевязочной 4. эндоскопическом отделении 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
44.	<p>ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ГАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. прямую пункцию иглой Вереша 2. лапаротомию 3. прямую пункцию троакарном 4. открытую лапароскопию с фиксатором 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
45.	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на спине 2. на левом боку 3. на правом боку 4. Тренделенбурга 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
46.	<p>К РЕКОМЕНДОВАННЫМ МЕСТАМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ТРОАКАРА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пупок 2. точки выше или ниже пупка 3. правая подвздошная область 4. левое подреберье 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
47.	К ПРОБАМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4	ВК, ТК,	ПК-6

	ПРАВИЛЬНОСТИ НАХОЖДЕНИЯ ИГЛЫ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. проба убегающей капли 2. шприцевая проба 3. аппаратная проба 4. газовая проба		ГИА	
48.	ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ ПЕЧЁНОЧНАЯ ТУПОСТЬ ИСЧЕЗАЕТ ПРИ ВВЕДЕНИИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ _____ МЛ ГАЗА 1. 150 2. 300 3. 500 4. 1000	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
49.	К ВОЗМОЖНЫМ ПРИЧИНАМ УТЕЧКИ ГАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. неверно собранный инструмент 2. неверная установка скорости подачи газа на инсуффляторе 3. несоответствие отверстия в брюшной стенке диаметру инструмента 4. плохо наложенный «кисетный» шов на апоневрозе при открытой лапароскопии	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
50.	ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ 1. кислород 2. углекислый газ 3. воздух операционной 4. гелий	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
51.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ 1. пальпацию брюшной стенки 2. клинический анализ крови 3. пальцевое ректальное исследование 4. ирригоскопию	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
52.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. аппендикулярный инфильтрат 2. инфаркт миокарда 3. вторая половина беременности 4. геморрагический диатез	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
53.	ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА КОЖНОГО РАЗРЕЗА ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ 1. 3-4 см 2. 5-6 см 3. 6-8 см 4. 10-12 см	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

54.	АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ФОРМИРУЕТСЯ С _____ ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ 1. 1 2. 3-5 3. 7 4. 10	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
55.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. инфильтрат 2. нагноение операционной раны 3. кровотечение 4. перитонит	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-4, ПК-5
56.	К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, НЕ ОТНОСИТСЯ 1. перегрузка пищеварительного тракта обильной грубой пищей 2. внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления 3. изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза 4. situs viscerus inversus	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
57.	ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ОБУСЛОВЛЕНА 1. каловыми камнями 2. раком кишечника 3. дивертикулитом 4. туберкулёзом кишечника	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
58.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. глистные инвазии 2. желчные камни 3. спайки брюшной полости 4. опухоли кишечника	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
59.	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ЗАВИСЯТ ОТ 1. возраста больного 2. пола больного 3. уровня непроходимости 4. коморбидности	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
60.	ДЛЯ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ 1. схваткообразные боли в животе 2. «опоясывающие» боли в животе 3. многократная рвота	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4. однократная рвота			
61.	<p>ДЛЯ НИЗКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. постепенное нарастание симптомов 2. вздутие живота 3. появление чаш Клойбера 4. быстрое обезвоживание 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
62.	<p>НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПРОТЕКАЕТ НЕПРОХОДИМОСТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обтурационная 2. спастическая 3. паралитическая 4. странгуляционная 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
63.	<p>ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обзорную рентгенографию органов брюшной полости 2. исследование пассажа рентген-контрастного вещества по кишечнику 3. эзофагогастродуоденоскопию 4. лапароскопию 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
64.	<p>НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ _____ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. спаечной 2. обтурационной 3. странгуляционной 4. динамической спастической 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
65.	<p>К ПРИЗНАКАМ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. атония кишечной стенки и отсутствие перистальтики 2. цианоз кишки 3. налёт фибрина на стенке кишки 4. отсутствие пульсации сосудов брыжейки 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
66.	<p>ОСНОВНОЙ ТРИАДОЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. запоры, вздутие живота, повышение температуры 2. понос, боли в суставах, похудание 3. постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура 4. боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
67.	К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	СИМПТОМАМ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ОТНОСЯТСЯ 1. наличие сужений и стриктур по ходу пораженных участков кишки 2. множественные выпячивания стенки толстой кишки 3. наличие одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке 4. наличие спикул по контуру кишки		ГИА	
68.	К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, С КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БОЛЕЗНЬ КРОНА, НЕ ОТНОСЯТСЯ 1. язвенный колит 2. острые кишечные инфекции 3. колостаз 4. псевдомембранозный колит	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
69.	К РЕКОМЕНДОВАННЫМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ 1. глюкокортикостероиды 2. антибиотики 3. 5-АСК и её производные 4. НПВС	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
70.	ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ 1. кишечное кровотечение 2. перфорация тонкой кишки 3. токсическая дилатация ободочной кишки 4. отсутствие эффекта от консервативного лечения	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
71.	К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ 1. аденокарцинома 2. ювенильный полип 3. ворсинчатая опухоль 4. аденома	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
72.	ПОД ПОНЯТИЕМ РАК ОБЫЧНО ПОДРАЗУМЕВАЮТ 1. меланому 2. ворсинчатую опухоль 3. аденокарциному 4. саркому	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
73.	РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОБЫЧНО СОСТОИТ ИЗ КЛЕТОК ТИПА 1. аденокарциномы 2. базалиомы 3. меланомы 4. плоскоклеточного рака	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

74.	ОПУХОЛИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ ВЫШЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ЧАЩЕ ВСЕГО, ИМЕЮТ СТРОЕНИЕ 1. базалиомы 2. аденокарциномы 3. плоскоклеточного рака 4. лейомиосаркомы	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
75.	К ПРОЯВЛЕНИЯМ РАКА РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА МЕНЬШЕ ВСЕГО ОТНОСЯТСЯ 1. общая слабость 2. острый парапроктит 3. частичная кишечная непроходимость 4. ректальные кровотечения	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
76.	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ГЕМАНГИОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. боль в прямой кишке 2. затруднённый стул 3. частый жидкий стул 4. кровотечение	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
77.	ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КАРЦИНОИДА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ 1. головная боль 2. отсутствие симптомов 3. боль в прямой кишке 4. боль в животе	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
78.	НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. электрокоагуляция 2. трансанальное иссечение 3. удаление прямой кишки с опухолью 4. склерозирующая терапия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
79.	НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНЫХ СВИЦЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. обзорная рентгенография брюшной полости 2. фистулография 3. ирригоскопия 4. проба Шварца	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
80.	ЛИШНИМ В ПРЕДСТАВЛЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СВИЦ 1. тонкокишечный 2. губовидный 3. толстокишечный	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4. дуоденальный			
81.	К МЕСТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. лечения гнойной раны 2. предохранение окружающих мягких тканей от переваривающего воздействия кишечного отделяемого 3. уменьшение потерь кишечного отделяемого 4. нормализация стула	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
82.	К ПРИНЦИПАМ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. применение обтураторов 2. питание 3. коррекция последствий функционирования свища 4. стимуляция защитных сил организма и репаративных процессов	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
83.	К МЕТОДАМ ОБТУРАЦИИ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ НЕ ОТНОСЯТСЯ 1. внекишечные 2. внутрикишечные 3. смешанные 4. наружные	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
84.	ПУЗЫРНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ _____ АРТЕРИИ 1. правой печёночной 2. левой печёночной 3. верхней брыжеечной 4. нижней брыжеечной	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
85.	ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЛОЖЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ 1. перитонизируют наложением кетгутовых швов непосредственно через ткань печени по краям ложа желчного пузыря 2. перитонизируют подшиванием сальника к ложу желчного пузыря 3. перитонизируют наложением капроновых швов непосредственно через ткань печени по краям ложа желчного пузыря 4. обрабатывают 96% раствором этилового спирта	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
86.	ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. острый холецистит, осложнённый перитонитом 2. хронический калькулёзный холецистит	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	3. повышение температуры тела до 37,5 °С 4. наличие механической желтухи			
87.	У БОЛЬНОЙ 62 ЛЕТ НА ВТОРЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ОТМЕЧЕНЫ СНИЖЕНИЕ АД И ГЕМОГЛОБИНА, ТАХИКАРДИЯ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ 1. инфаркт миокарда 2. тромбоэмболию лёгочной артерии 3. острый послеоперационный панкреатит 4. внутрибрюшное кровотечение	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
88.	У БОЛЬНОГО 64 ЛЕТ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА БОЛИ РАСПРОСТРАНИЛИСЬ ПО ВСЕМУ ЖИВОТУ. ПРИ ОСМОТРЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ТЯЖЁЛОЕ, БЛЕДЕН, ТАХИКАРДИЯ, ЗАЩИТНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ЖИВОТА ВО ВСЕХ ОТДЕЛАХ, СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСЛОЖНИЛОСЬ 1. острым деструктивным панкреатитом 2. подпечёчным абсцессом 3. перфорацией желчного пузыря, перитонитом 4. острой кишечной непроходимостью	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
89.	ОПИТАМАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ СОСТАВЛЯЕТ 1. 5-7 мм рт. ст. 2. 10-15 мм рт. ст. 3. 20-25 мм рт. ст. 4. 30-40 мм рт. ст.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
90.	ДЛИНА КОЖНОГО РАЗРЕЗА ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА СОСТАВЛЯЕТ 1. 1 см 2. 2,5-5 см 3. 10-12 см 4. 15 см	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
91.	ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. глухой шов лапаротомной раны 2. дренирование подпечёчной зоны марлевым дренажем 3. дренирование подпечёчной зоны трубкой	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	с активной аспирацией 4. дренирование подпечёночной зоны трубкой без активной аспирации			
92.	ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. компьютерная томография 2. УЗИ 3. обзорная рентгенография брюшной полости 4. чрескожная чреспечёночная холангиография	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
93.	ВО ВРЕМЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ВОЗНИКЛО ПРОФУЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ 1. тампонаду участка кровотечения гемостатической губкой 2. пережатие пальцами гепатодуоденальной связки, осушить рану, верифицировать источник кровотечения, прошить или перевязать кровоточащий сосуд 3. тампонаду кровоточащего участка на 5-10 минут 4. остановку кровотечения губкой «тахокомб»	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
94.	БОЛЬНАЯ 57 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР С УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫМИ БОЛЯМИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ИРРАДИРУЮЩИМИ В ЛОПАТКУ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЁЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. ЖЕЛТУХИ НЕТ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЙ, УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА В ПРЕДЕЛАХ НОРМЫ. У БОЛЬНОЙ ВОЗНИКЛО ОСЛОЖНЕНИЕ 1. эмпиема желчного пузыря 2. рак головки поджелудочной железы 3. водянка желчного пузыря 4. острый перфоративный холецистит	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
95.	БОЛЬНАЯ 56 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩАЯ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР НА 3-И СУТКИ ОТ НАЧАЛА ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ. КОНСЕРВАТИВНАЯ	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>ТЕРАПИЯ БЕЗ ЭФФЕКТА. ОТМЕЧЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, СХВАТКООБРАЗНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ, ПОВТОРНАЯ РВОТА С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПНЕВМАТОЗ ТОНКОЙ КИШКИ, АЭРОХОЛИЯ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ –</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. перфорация желчного пузыря, перитонит 2. острый панкреатит 3. водянка желчного пузыря 4. желчнокаменная кишечная непроходимость 			
96.	<p>У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 12 СУТОК ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ХОЛЕДОХОТОМИИ С УДАЛЕНИЕМ КОНКРЕМЕНТОВ ПО ДРЕНАЖУ КЕРА ПРОДОЛЖАЕТ ПОСТУПАТЬ ДО 1 ЛИТРА ЖЕЛЧИ В СУТКИ. ПРИ ФИСТУЛОГРАФИИ ВЫЯВЛЕН КОНКРЕМЕНТ УСТЬЯ ХОЛЕДОХА. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повторная лапаротомия с целью извлечения конкремента 2. проведение литолитической терапии через дренаж 3. дистанционная волновая литотрипсия 4. эндоскопическая папиллосфинктеротомия 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
97.	<p>БОЛЬНОМУ ВЫПОЛНЕНА СРОЧНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ 3 МЕСЯЦА НАЗАД. ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПОЯВИЛИСЬ ИНТЕРМИТТИРУЮЩАЯ ЖЕЛТУХА, КЛИНИКА ХОЛАНГИТА. ПРИ РХПГ ОБНАРУЖЕНА РУБЦОВАЯ СТРИКТУРА ОБЩЕГО ПЕЧЁНОЧНОГО ПРОТОКА. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ЭПСТ 2. гепатикоэнтеростомия 3. наложение холедоходуоденоанастомоза 4. чрезкожное эндобилиарное дренирование 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
98.	<p>ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. экстренная холецистэктомия, дренирование брюшной полости 2. экстренная холецистэктомия, гепатикоэнтеростомия 3. экстренная холецистостомия, ЭПСТ 4. экстренная холецистэктомия, наложение холедоходуоденоанастомоза 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

99.	<p>ПЕРФОРАТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. прободной язвой желудка 2. острым панкреатитом 3. острой кишечной непроходимостью 4. острым аппендицитом 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
100.	<p>ДЛЯ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. триада Мондора 2. триада Шарко 3. симптом Курвуазье 4. симптом Бриттена 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
101.	<p>В КАЧЕСТВЕ ОБЪЁМНОЙ СРЕДЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. воздуха 2. закиси азота 3. углекислого газа 4. фурацилина 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
102.	<p>ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ХОРОШО ДОСТУПЕН ОСМОТРУ ПРИ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на спине при горизонтальном положении стола 2. на спине с опущенным головным концом стола 3. на правом боку с приподнятым головным концом стола 4. на левом боку с приподнятым головным концом стола 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
103.	<p>К ИНСТРУМЕНТАМ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ И НАЛОЖЕНИИ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. шприц Жане 2. копьевидный скальпель 3. пункционную иглу 4. иглодержатель 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
104.	<p>ЛАПАРОСКОП СТЕРИЛИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в растворе фурацилина 2. в растворе муравьиной кислоты 3. автоклавированием 4. в растворе хлоргексидина 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
105.	<p>В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ЛАПАРОСКОП ВВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вращательным движением 2. под контролем зрения 3. медленно 4. быстро 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

106.	<p>ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. остроконечный скальпель 2. троакар 3. переходный резиновый воздуховод 4. ранорасширитель 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
107.	<p>ПРОВЕДЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ТРОАКАРА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ОБЛЕГЧАЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рассечения кожи 2. надсечения апоневроза 3. рассечения брюшины 4. вращательных движений троакара вокруг своей оси 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
108.	<p>РАСПОЗНАВАНИЮ ПРИЧИНЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ БОЛЕЕ ВСЕГО ПОМОГАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пероральная холецистография 2. внутривенная холецистохолангиография 3. эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография 4. сцинтиграфия печени 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
109.	<p>У БОЛЬНЫХ ПХЭС МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. холангита 2. обтурационной желтухи 3. рубцовых изменений протока 4. рака желчного пузыря 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
110.	<p>ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСПЕЧЁНОЧНАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. абсцесс печени 2. внутрипечёночный сосудистый блок 3. билиарный цирроз печени 4. непроходимость желчных путей при механической желтухе 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
111.	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕТРОГРАДНОЙ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острый панкреатит 2. механическая желтуха 3. хронический панкреатит 4. наличие конкрементов в панкреатических протоках 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
112.	<p>НЕЗАМЕЧЕННЫЕ РАНЕНИЯ МОГУТ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>ПРИВЕСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ ТЯЖЁЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> ограниченного или разлитого желчного перитонита образования подпечёчных гнойников развития наружного желчного свища тромбоэмболии мелких ветвей лёгочной артерии 			
113.	<p>ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СВЯЗАНО С</p> <ol style="list-style-type: none"> желчнокаменной болезнью стенозирующим папиллитом забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный свищ псевдотуморозным панкреатитом 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
114.	<p>МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> холедохолитиаза обструкции камнем или слизистой пробкой пузырного протока отёка головки поджелудочной железы холангита 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
115.	<p>ЛИКВИДИРОВАТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ МОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой шив проток на Т-образном дренаже шив проток на Г-образном дренаже наложив билиодигестивный анастомоз 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
116.	<p>У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ РПХГ ОБНАРУЖЕН СТЕНОЗ ФАТЕРОВА СОСКА НА ПРОТЯЖЕНИИ 0,8 СМ. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> холедоходуоденоанастомоз эндоскопическая папиллотомия холецистоэнтероанастомоз наружное дренирование холедоха 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
117.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БАКТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> бронхобилиарный свищ прорыв гнойника в свободную брюшную полость с развитием перитонита эмпиема плевры 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4. вторичный абсцесс лёгкого			
118.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. чрескожная чреспечёночная холангиография</p> <p>2. МСКТ</p> <p>3. МРТ</p> <p>4. УЗИ</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
119.	<p>ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫМ АНАЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРОЙ, ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. амикацин</p> <p>2. метронидазол</p> <p>3. тиенам</p> <p>4. цефазолин</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
120.	<p>ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫМ АЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРОЙ, ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. цефалоспорины II и III поколений</p> <p>2. метранидазол</p> <p>3. рифампицин</p> <p>4. ванкомицин</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
121.	<p>ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ</p> <p>1. недели</p> <p>2. 1-2 недель</p> <p>3. 3-4 недель</p> <p>4. 2 месяцев</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
122.	<p>ДЛЯ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ</p> <p>1. чрескожного чреспечёночного дренирования</p> <p>2. холецистодуоденостомии</p> <p>3. холецистостомии под контролем УЗИ</p> <p>4. эндоскопического назобилиарного дренирования</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
123.	<p>ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1. МРТ</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2. пункционную биопсию под контролем КТ 3. УЗИ 4. радиоизотопную сцинтиграфию			
124.	ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА И ПРОТЯЖЁННОСТИ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. КТ 2. МРТ 3. УЗИ 4. лапароскопия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
125.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СТРИКТУРЫ ХОЛЕДОХА ВОЗНИКАЮТ 1. на фоне холедохолитиаза 2. при пенетрации дуоденальной язвы 3. после случайного повреждения холедоха 4. при хроническом индуративном панкреатите	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
126.	ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ УДОБНЫЙ ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП 1. верхнее-срединная лапаротомия 2. средне-срединная лапаротомия 3. Ленандера 4. Черни	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
127.	ПРИ НЕБОЛЬШОМ ПРИСТЕНОЧНОМ РАНЕНИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ 1. первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока 2. пластика холедоха на Т-образном дренаже 3. пластика холедоха на дренаже Вишневого 4. гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
128.	ПРИ РАНЕНИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА БОЛЕЕ ЧЕМ НА 2/3 ПРОСВЕТА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ 1. первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока 2. пластика холедоха на Т-образном дренаже 3. эндопротезирование 4. гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
129.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>1. пролежень стенки желчного пузыря, вызванный камнем</p> <p>2. язвенная болезнь желудка</p> <p>3. рак желудка</p> <p>4. эхинококкоз</p>			
130.	<p>НАИБОЛЬШЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗИ ОБЛАДАЕТ</p> <p>1. эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография</p> <p>2. внутрипротоковая эхография</p> <p>3. КТ</p> <p>4. МРТ</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
131.	<p>ПРИ I ТИПЕ СИНДРОМА МИРИЗИ ПОКАЗАНО</p> <p>1. холецистэктомия, ревизия желчных протоков с дренированием Т-образной трубкой</p> <p>2. холецистэктомия, удаление конкрементов, ушивание свищевого отверстия атравматическим рассасывающимся шовным материалом или пластика дефекта оставленной части культи желчного пузыря, дренирование Т-образной трубкой</p> <p>3. гепатикоэюностомия</p> <p>4. холецистэктомия, чрескожное чреспеченочное дренирование желновыводящих путей</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
132.	<p>ПРИ НАЛОЖЕНИИ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА С «ОТКЛЮЧЁННОЙ» ПО РУ КИШКЕ, ДЛИНА «ОТКЛЮЧЁННОГО» УЧАСТКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ</p> <p>1. 20 см</p> <p>2. 40 см</p> <p>3. 60 см</p> <p>4. 80 см</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
133.	<p>ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА И ЕГО ПЕРЕСЕЧЕНИИ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1/2 ДИАМЕТРА ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПОКАЗАНО</p> <p>1. лапароскопическое ушивание на дренаже Кера</p> <p>2. эндопротезирование</p> <p>3. гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах</p> <p>4. лапароскопическое ушивание с чрескожным чреспечёчным дренированием</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	желчных протоков			
134.	ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ЧЕРЕЗ 1. 2 недели 2. 1 месяц 3. 2,5-3 месяца 4. 6 месяцев	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
135.	ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ 1. схваткообразные боли 2. боль неопределённого характера 3. боль, вызывающая беспокойство 4. сильная, постоянная боль	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
136.	БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. амилаза 2. трипсиноген 3. аминотрансфераза 4. альдолаза	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
137.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КОСВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ 1. острые язвы желудка 2. острые язвы двенадцатиперстной кишки 3. отёк и гиперемия задней стенки желудка 4. кровоизлияния на передней стенке желудка	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
138.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. гнойные осложнения 2. желтуха 3. энцефалопатия 4. почечная недостаточность	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
139.	НА 15-Е СУТКИ У БОЛЬНОГО С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ СОХРАНЯЮТСЯ ВЫРАЖЕННЫЕ ЯВЛЕНИЯ ИНТОКСИКАЦИИ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39 °С, ОЗНОБ, ПОТЛИВОСТЬ, ЛЕЙКОЦИТОЗ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ –	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<ol style="list-style-type: none"> 1. абсцесс поджелудочной железы 2. забрюшинная флегмона 3. абсцесс сальниковой сумки 4. гнойный перитонит 			
140.	<p>БОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТУ, РВОТУ. В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОХУДЕЛ НА 15 КГ. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕНО ОТТЕСНЕНИЕ ЕГО К ПЕРЕДИ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ –</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стеноз привратника 2. рак поджелудочной железы 3. язвенная болезнь желудка 4. опухоль толстой кишки 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
141.	<p>СПУСТЯ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА У БОЛЬНОГО 45 ЛЕТ ПРИ УЗИ ВЫЯВЛЕНА КИСТА ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 3Х4 СМ. ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наложения цистоэнтероанастомоза 2. наружного дренирования кисты под контролем УЗИ 3. панкреатодуоденальной резекции с пломбировкой протоков 4. цистогастростомии 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
142.	<p>В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. анализ дуоденального сока на ферменты 2. анализ крови на ферменты 3. УЗИ, компьютерная томография, ангиография 4. РХПГ 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
143.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ РАЗВИВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. после перенесенного острого панкреатита 2. после травмы поджелудочной железы 3. после заболеваний органов брюшной полости, анатомически связанных с поджелудочной железой 4. при атеросклеротическом поражении сосудов поджелудочной железы 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
144.	<p>ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острый панкреатит 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>2. травма поджелудочной железы</p> <p>3. заболевания органов брюшной полости, анатомически связанных с поджелудочной железой</p> <p>4. муковисцидоз</p>			
145.	<p>СИМПТОМ МЭЙО-РОБСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. болезненностью в области позвоночника в проекции поджелудочной железы</p> <p>2. напряжением брюшной стенки в эпигастрии</p> <p>3. болезненностью в области рёберно-позвоночного угла слева</p> <p>4. болезненностью и эпигастрии</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
146.	<p>ПОД СИМПТОМОМ ВОСКРЕСЕНСКОГО ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПОНИМАЮТ</p> <p>1. боль при поколачивании по левой рёберной дуге</p> <p>2. болезненность в эпигастрии при пальпации</p> <p>3. болезненность при поколачивании по правой рёберной дуге</p> <p>4. отсутствие пульсации брюшной аорты при пальпации в эпигастрии, выше пупка</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
147.	<p>СИМПТОМ КЁРТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. напряжением брюшной стенки в эпигастрии</p> <p>2. болезненностью при пальпации левой подреберной области</p> <p>3. резистентностью брюшной стенки и болью в области поджелудочной железы</p> <p>4. болезненностью в левом рёберно-позвоночном углу</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
148.	<p>ПРИ НАЛИЧИИ ГРЫЖИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОКАЗАНО</p> <p>1. оперативное лечение в плановом порядке</p> <p>2. консервативные мероприятия, а при их неэффективности – оперативное лечение</p> <p>3. оперативное лечение только при осложненных формах грыжи</p> <p>4. оперативное лечение только по жизненным показаниям</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
149.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ СРОКИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ</p> <p>1. в течение первого года</p> <p>2. 1-2 года</p> <p>3. 2-3 года</p> <p>4. 4-5 лет</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
150.	<p>МНОГОКАМЕРНЫЙ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ, КАРМАНАМИ И КИСТАМИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ПРИ _____ ГРЫЖАХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. послеоперационных вентральных 2. бедренных 3. пупочных 4. паховых 		ГИА	
151.	<p>ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ У</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. мужчин 2. женщин 3. детей 4. перенесших несколько операций 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-4
152.	<p>ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ЧЕРЕЗ ИСКУССТВЕННОЕ ОТВЕРСТИЕ В БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ПОД КОЖУ ПЕРЕМЕЩАЮТСЯ ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, НЕ ПОКРЫТЫЕ ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНОЙ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. грыжа 2. эвентрация 3. лапаротомная рана 4. эвагинация 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
153.	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ НЕВПРАВИМОЙ ГРЫЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пальпация 2. УЗИ 3. контрастная МСКТ 4. нативная МСКТ 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
154.	<p>НЕВПРАВИМОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка 2. спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника 3. рубцового процесса в подкожной клетчатке 4. несоответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
155.	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. частая невосприимчивость 2. широкие грыжевые ворота 3. плотные края грыжевых ворот 4. склонность к ущемлению 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
156.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО К ОБРАЗОВАНИЮ</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ 1. раневая инфекция 2. ношение бандажа 3. неправильная техника ушивания раны 4. ранние тяжёлые физические нагрузки		ГИА	
157.	МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК НОШЕНИЯ БАНДАЖА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ 1. 6 месяцев 2. 5 лет 3. 7 дней 4. 1 месяц	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-8
158.	ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. лёгкая вправляемость 2. врождённая природа 3. одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной 4. проникновение между мышцами и апоневрозом	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
159.	ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ В НЁМ 1. большого сальника 2. мочевого пузыря 3. семенного канатика 4. петли кишечника	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
160.	БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ГРИПП НАКАНУНЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, РЕКОМЕНДОВАНО 1. госпитализация сразу 2. госпитализация через 1 месяц 3. госпитализация через 3 месяца 4. госпитализация через 6 месяцев	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
161.	К РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ВНУТРЕННИХ ГРЫЖАХ ОТНОСИТСЯ 1. диарея 2. коллапс 3. схваткообразная боль в животе 4. дегидратация	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
162.	БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ С УЩЕМЛЁННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ВЫЗВАЛ ТЕРАПЕВТА	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>НА ДОМ. ДАВНОСТЬ УЩЕМЛЕНИЯ 10 ЧАСОВ. ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ. ВРАЧ ДОЛЖЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дать но-шпу, вправить грыжу 2. организовать экстренную госпитализацию больного в хирургический стационар 3. рекомендовать холод на область грыжи, анальгетики, антибиотики 4. направить больного на консультацию к хирургу 			
163.	<p>БОЛЬНОЙ С УЩЕМЛЁННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСТУПИЛ НА 3 СУТКИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39 °С, ГИПЕРЕМИЯ, ИНФИЛЬТРАЦИЯ, ОТЁК МОШОНКИ. У БОЛЬНОГО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. некроз яичка 2. фуникулит 3. флегмона грыжевого мешка 4. острый орхит 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
164.	<p>РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка 2. ущемление сигмовидной кишки 3. ущемление желудка в диафрагмальной грыже 4. любое пристеночное ущемление кишки 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
165.	<p>ДЛЯ РИХТЕРОВСКОГО УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ ЖИВОТА ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стёртость клинической картины с минимальными изменениями в области грыжевого мешка 2. развитие клиники тонкокишечной непроходимости 3. развитие клиники толстокишечной непроходимости 4. возникновение дизурии 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
166.	<p>ДЛЯ ГРЫЖИ ЛИТТРЕ ХАРАКТЕРНО УЩЕМЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. желудка 2. тонкой кишки 3. придатков матки 4. дивертикула Меккеля 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
167.	<p>У ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ С УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПНЕВМАТИЗИРОВАННЫЕ</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ, ЧАШИ КЛОЙБЕРА. ПРОИЗОШЛО УЩЕМЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сигмовидной кишки 2. желудка 3. сальника 4. тонкой кишки 			
168.	<p>ПРИ УЩЕМЛЁННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ С НЕКРОЗОМ УЧАСТКА ТОНКОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ОБЪЁМ РЕЗЕКЦИИ ОТ ВИДИМЫХ ГРАНИЦ НЕКРОЗА СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. проксимально – 10 см, дистально – 10 см 2. проксимально – 20 см, дистально – 10 см 3. проксимально – 30 см, дистально – 15 см 4. проксимально – 50 см, дистально – 20 см 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
169.	<p>У БОЛЬНОЙ С ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛИСЬ ТЯНУЩИЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА С ИРРАДИАЦИЕЙ В ПРАВОЕ БЕДРО, ТОШНОТА, ОДНОКРАТНАЯ РВОТА. ПАЛЬПИРУЕТСЯ ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НИЖЕ ПАХОВОЙ СКЛАДКИ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. почечная колика справа 2. острый аппендицит 3. киста круглой связки матки 4. ущемлённая бедренная грыжа справа 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
170.	<p>ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ УШИБА, НЕБОЛЬШИХ ГЕМАТОМ, НАДРЫВА МЫШЦ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сильная разлитая боль 2. локальная неинтенсивная боль в зоне травмы 3. тошнота 4. рвота 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
171.	<p>В КЛАССИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ СИМВОЛЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стадия I, II, III, IV 2. T 1-4 3. P 1-4 4. NO или + 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
172.	<p>РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА В ПРЯМОЙ КИШКЕ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК ПА СТАДИЯ, В ТОМ СЛУЧАЕ, КОГДА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	узлах метастазов нет 2. опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах обнаружены метастазы рака 3. опухоль занимает 1/2 окружности стенки кишки, прорастает в мышечный слой, в лимфатических узлах метастазов нет 4. опухоль занимает менее 1/3 окружности стенки кишки, прорастает в подслизистый слой, в лимфатических узлах метастазов не обнаружено			
173.	МЕСТНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОПУХОЛИ, ЕСЛИ ОНА ЗАНИМАЕТ МЕНЕЕ 3/4, НО БОЛЕЕ 1/2 ОКРУЖНОСТИ СТЕНКИ КИШКИ СЛЕДУЕТ ОБОЗНАЧИТЬ СИМВОЛОМ 1. T0 2. T1 3. T2 4. T3	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
174.	МЕСТНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ, ОБОЗНАЧАЕМОЕ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ СИМВОЛОМ T2, КАСАЕТСЯ ТЕХ СЛУЧАЕВ, КОГДА ОПУХОЛЬ 1. располагается циркулярно 2. занимает менее 3/4 окружности стенки кишки, но более полуокружности 3. занимает менее 1/2 окружности стенки кишки, но более 1/3 4. занимает более 3/4 окружности стенки кишки	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
175.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ПРЯМОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ 1. 20-29 лет 2. 30-39 лет 3. 40-49 лет 4. 50 лет и старше	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
176.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ ПЕРЕРОЖДЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ 1. единичные полипы 2. множественные полипы 3. ворсинчатые полипы 4. неспецифический язвенный колит	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
177.	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ КОРРЕЛИРУЕТ С 1. условиями жизни 2. условиями работы	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3. составом пищевых продуктов 4. наличием воспалительных заболеваний толстой кишки			
178.	ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1. геморроя 2. рака прямой кишки 3. анальной трещины 4. эпителиального копчикового хода	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
179.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. дивертикулит 2. перфорация дивертикула 3. кишечная непроходимость 4. стриктура толстой кишки	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
180.	ДИВЕРТИКУЛИТ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1. образованием в стенке кишки мешковидных выпячиваний 2. повреждением слизистой оболочки в области дивертикула и развитием периколита 3. образованием в стенке кишки мешковидных выпячиваний на месте воспалительно изменённого участка кишки 4. повреждением слизистой и мышечной оболочек в области дивертикула и развитием перитонита	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
181.	ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ ДИАГНОСТИКУ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С 1. ирригоскопии 2. колоноскопии 3. обзорной рентгенографии органов брюшной полости 4. УЗИ органов брюшной полости	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
182.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛИТА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. абсцесс 2. острая кишечная непроходимость 3. кишечный свищ 4. перитонит	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
183.	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. резекция пораженного участка кишечника с последующим восстановлением кишечника	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>при помощи реконструктивной операции</p> <p>2. ушивание перфоративных отверстий в стенке кишки</p> <p>3. дренирование брюшной полости</p> <p>4. интубация кишечника</p>			
184.	<p>ТЕРМИНОМ «ПОДОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ» РЕКОМЕНДУЮТ ОБОЗНАЧАТЬ</p> <p>1. формы заболевания, когда у больных с доказанным дивертикулёзом толстой кишки, протекающим без лихорадки и лейкоцитоза, на протяжении 6-12 мес отмечаются боли в левой подвздошной области, расстройства функций кишечника</p> <p>2. формы острого дивертикулита тяжёлого и умеренно тяжёлого течения, когда проводимая антибактериальная терапия не приводит к полному разрешению клинических симптомов; у больных сохраняются боли в левой подвздошной области, нарушения функций кишечника, повышение температуры тела до субфебрильных цифр</p> <p>3. формы дивертикулярной болезни толстой кишки, когда проводимая антибактериальная терапия приводит к полному разрешению клинических симптомов</p> <p>4. формы заболевания, когда у больных с недоказанным дивертикулёзом толстой кишки, на протяжении 6-12 мес отмечаются боли в левой подвздошной области, расстройства функций кишечника</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
185.	<p>РЕЦИДИВ ДИВЕРТИКУЛИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ У _____ БОЛЬНЫХ</p> <p>1. 50-60%</p> <p>2. 1-10%</p> <p>3. 25-50%</p> <p>4. 0,5-1%</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-4, ПК-5
186.	<p>В ДИАГНОСТИКЕ ДИВЕРТИКУЛИТА ТОЛСТОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА</p> <p>1. колоноскопия</p> <p>2. обзорная рентгенография</p> <p>3. контрастная компьютерная томография</p> <p>4. ирригоскопия</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
187.	<p>ГЕМОРОЙ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, СВЯЗАННОЕ С</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>1. гипертрофией кавернозных телец прямой кишки</p> <p>2. кровотечениями, обусловленными гипертрофией кавернозных телец прямой кишки</p> <p>3. разнообразными клиническими проявлениями, которые обусловлены патологическими изменениями геморроидальных узлов</p> <p>4. гиперплазией геморроидальных узлов</p>			
188.	<p>В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРОЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЛЕЖИТ</p> <p>1. врождённая недостаточность венозной системы</p> <p>2. слабость венозных стенок, связанная с патологией эндокринной системы</p> <p>3. нарушение оттока крови от кавернозных телец, располагающихся в дистальной части прямой кишки</p> <p>4. экзогенная интоксикация</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
189.	<p>ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЙ УЗЕЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>1. варикозно расширенные вены прямой кишки</p> <p>2. гиперпластическое изменение ткани прямой кишки, обусловленное усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тела по улитковым артериям и затруднённым оттоком по отводящим венулам</p> <p>3. тромбированные геморроидальные вены</p> <p>4. гиперплазированные кавернозные тельца</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
190.	<p>К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕМОРРОЯ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. длительный и упорный запор</p> <p>2. хронический проктит</p> <p>3. частые простудные заболевания</p> <p>4. тяжёлая физическая работа</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
191.	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ВИДЕ</p> <p>1. мелены</p> <p>2. включений в каловые массы</p> <p>3. тёмных сгустков сразу после дефекации</p> <p>4. струйного, алой кровью, в конце дефекации</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
192.	<p>КРОВЬ ПРИ КРОВОТОЧАЩЕМ ГЕМОРРОЕ ИМЕЕТ ВИД</p> <p>1. артериальной крови</p> <p>2. тёмной крови со сгустком</p> <p>3. дёгтеобразного стула</p> <p>4. алой крови с примесью большого</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	количества слизи			
193.	<p>К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ГЕМОРРОЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обильные выделения слизи из заднего прохода 2. диарея 3. периодические выделения алой крови во время дефекации 4. анальный зуд 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
194.	<p>ДЛЯ ГЕМОРРОЯ ТИПИЧНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела 2. сильная боль после дефекации, выделение капель крови после неё, хронические запоры 3. неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа «овечьего» 4. выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
195.	<p>У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ БЫВАЕТ ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ. ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ КРОВЬ В ВИДЕ СТРУЙКИ ИЛИ БРЫЗГ ПО УНИТАЗУ, ПЕРИОДИЧЕСКИ БЕСПОКОИТ ЗУД В ОБЛАСТИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рак прямой кишки 2. полип прямой кишки на ножке 3. анальная трещина 4. геморрой 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
196.	<p>В ПОЛИКЛИНИКУ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА 45 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ЕЖЕДНЕВНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ АЛОЙ КРОВИ ПРИ ДЕФЕКАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ДВУХ МЕСЯЦЕВ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ, ПОЛИП ЖЕЛУДКА 0,3 СМ В ДИАМЕТРЕ, МИОМА МАТКИ УЗЛОВАЯ 5-6 НЕДЕЛЬ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. миома матки 2. кровоточащий геморрой 3. полип желудка 4. опухоль прямой кишки 	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
197.	<p>СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕМОРРОЯ СЧИТАЕТСЯ</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<ul style="list-style-type: none"> 1. инфекционная 2. механическая 3. гипертрофии кавернозных телец 4. экзо- и эндогенных интоксикаций 			
198.	<p>ДЛЯ ПЕРВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ГЕМОРРОЯ ХАРАКТЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. ректальные кровотечения 2. кожный зуд 3. боли в области заднего прохода 4. выпадение геморроидальных узлов при дефекации 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
199.	<p>ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА МОЖЕТ БЫТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. туберкулезная палочка 2. стрептококк 3. кишечная палочка 4. протей 	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
200.	<p>К БАНАЛЬНЫМ ПАРАПРОКТИТАМ ОТНОСЯТ ПАРАПРОКТИТЫ, РАЗВИВАЮЩИЕ ВСЛЕДСТВИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. актиномикоза 2. туберкулёза 3. анаэробной инфекции 4. болезни Крона и неспецифического язвенного колита 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
201.	<p>ИНФЕКЦИЯ В ПАРAREКТАЛЬНОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ПРИ БАНАЛЬНЫХ ПАРАПРОКТИТАХ ПОПАДАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. гематогенным путём 2. лимфогенным путём 3. из просвета кишки через крипту 4. при повреждении стенки кишки 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
202.	<p>ВТОРЫМ ЭТАПОМ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПАРАПРОКТИТЕ ВОВЛЕКАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. кожа промежности 2. тазовое дно 3. межсфинктерное клетчаточное пространство 4. клетчаточное околопрямокишечное пространство 	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
203.	<p>ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПАРАПРОКТИТА ИНФЕКЦИЯ В КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО РЕДКО МОЖЕТ БЫТЬ ЗАНЕСЕНА ПУТЁМ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. гематогенного пути 2. лимфогенного пути 3. контактного пути 4. имплантационного пути 	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

Практические навыки

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1	Владеть методикой аппендэктомии	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
2	Владеть методикой грыжесечения и пластики грыжевого дефекта	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
3	Владеть первичной и вторичной обработкой ран	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
4	Владеть навыками удаления доброкачественных образований поверхностной локализации	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
5	Владеть навыками вскрытия, санации и дренирования гнойных процессов (абсцессов, флегмон, панарициев, маститов, и др.)	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
6	Уметь ушивать прободную язву желудка по Неймарку	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
7	Владеть навыками выполнения лапаротомии и торакотомии при травмах органов брюшной полости и грудной клетки	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
8	Владеть навыками дренирования плевральной полости	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
9	Уметь ушивать рану легкого	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
10	Уметь выполнять пункции суставов, бурситов, гематом	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,

Ситуационные задачи

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-12, УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1	<p>Больной 32 лет страдает язвенной болезнью ДПК в течение 5 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Сегодня резкая боль в эпигастрии. Пальпаторно: резкая болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки. АД 80/60 мм рт. ст. Пульс 56 уд. в минуту.</p> <p>1. Ваш диагноз? 2. Что будет определяться у данного больного при перкуссии живота? 3. Какой метод исследования надо сделать, что при этом будет определяться? 4. Лечение? 5. Прогноз? 1.</p>	<p>1. Язвенная болезнь ДПК, осложненная перфорацией. 2. Исчезновение печеночной тупости, тимпанический звук над печенью. 3. Обзорная Р-графия брюшной полости (серповидная полоска воздуха под правым куполом диафрагмы). ФГДС – перфоративное отверстие. 4. Лечение – оперативное (лапаротомия, ушивание перфорации по Опелю-Поликарпову), при отсутствии симптомов перитонита – резекция желудка. 5. Прогноз для жизни сомнительный, все будет зависеть от предыдущего лечения (если было ушивание, возможен рецидив). Для труда – ограничение физической нагрузки, соблюдение диеты, постоянное наблюдение у гастроэнтеролога в течение 1-2-х лет.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8
2	<p>В скорую помощь обратился мужчина 38 лет, с жалобами на резкую слабость, недомогание, интенсивные боли в эпигастрии. В течение двух дней был черный стул. В день обращения утром была рвота типа кофейной гущи.</p>	<p>1. Желудочно-кишечное кровотечение. 2. ФГДС. 3. При продолжающемся кровотечении – экстренная операция. При нестойком гемостазе или остановившемся</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>Из анамнеза известно, что пациент состоит на диспансерном /чете по язвенной болезни желудка. Год назад было желудочное кровотечение, подтвержденное эндоскопическим исследованием. При осмотре: резкая бледность кожных покровов и слизистых. Язык обложен, сухой. Тахикардия, Липкий пот. АД 90/60 мм рт. ст. Аускультативно патология органов грудной клетки не выявлено. Живот правильной формы, напряжен, в акте дыхания участвует плохо. Симптомы раздражения брюшины в эпигастрии и по правому боковому каналу. Печеночная тупость отсутствует. В анализе крови данные о гипохромной анемии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. План дальнейших методов обследования больного? 3. Тактика лечения? 4. Возможные виды оперативного вмешательства? 5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на б/л? 	<p>кровотечении по срочным показаниям или в плановом порядке.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Резекция желудка по Бильрот-I или Бильрот-II. 5. Нетрудоспособность в течение 60-75 дней 		
3	<p>У больного 23 лет около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Из верхнего отдела (пищеводно-желудочного). 2. Произвести срочную гастродуоденоскопию. 3. Прежде всего, пульс, АД, ЦВД, затем Нв, эритроциты, 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>триады был жидкий стул черного цвета.</p> <p>1. Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение?</p> <p>2. Что нужно сделать для установления источника кровотечения?</p> <p>3. Какие критерии степени тяжести кровотечения?</p> <p>4. Что Вы можете сделать для остановки кровотечения?</p> <p>5. Какие показания для экстренной операции? Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе?</p>	<p>гематокрит.</p> <p>4. Промыть желудок холодной водой через зонд, ввести в желудок и в/в аминокaproновую кислоту, использовать эндоскопические методы остановки кровотечения.</p> <p>5. Продолжающееся кровотечение.</p> <p>Нетрудоспособность в течение 60-75 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе, б/лист в течение 10-12 месяцев. При благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.</p>		
4	<p>Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был жидкий стул - мелена. Пульс - 120 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Нв - 64 г/л, гематокрит - 23%.</p> <p>1. Какие препараты Вы используете в качестве гемостатической терапии?</p> <p>2. Какие препараты Вы используете в качестве первых для восполнения объема циркулирующей</p>	<p>1. У больного предполагается большая кровопотеря из дуоденальной, язвы, угрожающая для жизни (кровопотеря до 30% ОЦК, гипотония до 90 мм рт. ст.). Такую кровопотерю организм не может компенсировать самостоятельно, без лечения.</p> <p>2. Консервативная гемостатическая терапия включает строжайший постельный режим, пузырь со льдом на область желудка и ДПК, промывание желудка через назальный зонд раствором аминокaproновой кислоты с</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>крови? 3. Каков объем и состав (конкретно) трансфузионной терапии? 4. Какую кровь предпочтительней использовать для гемотрансфузии? 5. Прогноз для жизни и трудоспособности?</p>	<p>температурой 4-7 °С, введение гемостатиков - хлористый кальций, викасол, АКК, свежезамороженной, плазмы, свежеситратной крови. Гемотрансфузия проводится при шоке, а также при падении уровня гемоглобина ниже 100 г/л. Применяются сосудосуживающие препараты для уменьшения кровоснабжения слизистой оболочки - вазопрессин, питуитрин, соматостатин. При промывании желудка холодной водой, в последнюю порцию воды, можно добавлять адреналин.</p> <p>3. Обнаружение, при эндоскопическом исследовании, признаков активного кровотечения служит показанием к применению эндоскопических методов остановки кровотечения.</p> <p>4. При инфузионной терапии для восполнения ОЦК используют умеренную гемодилюцию - содержание гемоглобина около 100 г/л, гематокрит в пределах 30%. При легкой кровопотере производят инфузию реополиглокина, гемодеза, в объеме до 400-600 мл с добавлением солевых и глюкозо-содержащих растворов. При средней кровопотере вводят плазмозамещающие растворы, донорскую плазму. Общий объем инфузии должен равняться 30-40 мл/кг массы тела больного. При тяжелой кровопотере и</p>		
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		геморрагическом шоке соотношение переливаемых растворов и крови может достигать 1:1,1:2. Не допускать подъем АД выше 110 мм рт. ст. 5. Для гемотрансфузии следует применять свежзамороженную плазму и свежцитратную кровь. Для жизни прогноз сомнительный, поэтому рекомендовано оперативное лечение, для трудоспособности – ограничения.		
5	Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был "черный" стул. Пульс - 120 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст., Нв- 65 г/л, гематокрит - 23%. Группа крови АВ /IV/+. При срочной гастродуоденоскопии обнаружено, что в желудке большое количество жидкости цвета "кофейной гущи" с примесью алой крови. На передней стенке луковицы ДПК определяется глубокий язвенный дефект до 1,5 см в диаметре, из которого активно поступает кровь. Эндоскопически остановить кровотечение не удалось. 1. Ваш диагноз? 2. Методы диагностики данной патологии?	1. Желудочно-кишечное кровотечение. 2. ФГДС. 3. Эндоскопический гемостаз может быть осуществлен одним из следующих методов: аппликационный метод вяжущими и обволакивающими средствами (феррокрил., раствор азотнокислого серебра и др.); инъекционный метод - инъекционное введение в область кровоточащей язвы (паравазально или интравазально) различных склерозирующих и сосудосуживающих препаратов (спирт 50%, раствор адреналина, полидоканола или этоксисклерола и др.); электрокоагуляция - термоактивные способы эндоскопической остановки кровотечения, основанные на том, что действие высокой температуры приводит к коагуляции белков тканей,	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

<p>3. Какие эндоскопические методы остановки кровотечения могут быть применены?</p> <p>4. Как в этой ситуации следует поступить: продолжать консервативную терапию или экстренно оперировать больного?</p> <p>5. Если принято решение оперировать больного, какие операции могут быть проведены в данном случае. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе?</p>	<p>сжатию просвета сосуда и уменьшению кровотока. К таким методам относят лазеротерапию, мультиполярную электрокоагуляцию, термокоагуляцию; клипирование - эндоскопическая методика позволяет осуществить механическую остановку кровотечения наложением клипсы на кровоточащий сосуд.</p> <p>Контроль за полнотой гемостаза, осуществляется с помощью назогастрального зонда, и динамической ФГДС.</p> <p>4. В данном случае больному показана экстренная операция. При геморрагическом шоке и продолжающемся кровотечении экстренную операцию проводят на фоне массивного переливания одногруппной крови, нативной плазмы, плазмозамещающих растворов.</p> <p>5. Показана дистальная резекция желудка по способу Бильрот-I или Бильрот-II. В качестве альтернативного вмешательства может быть применена операция иссечения кровоточащей язвы ДПК с дуоденопластикой и стволовой ваготомией. Нетрудоспособность в течение 60-75 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе, б/лист в течение 10-12 месяцев, при благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.</p>		
6	<p>В скорую помощь обратился мужчина 38 лет с жалобами на резкую слабость, недомогание, интенсивные боли в эпигастрии. В течение двух дней был черный стул. В день обращения утром была рвота типа «кофейной гущи». Из анамнеза известно, что пациент состоит на диспансерном учете по язвенной болезни желудка. Год назад было желудочное кровотечение, подтвержденное эндоскопическим исследованием. При осмотре: резкая бледность кожных покровов и слизистых. Язык обложен, сухой. Тахикардия, липкий пот. АД 90/60 мм рт. ст. Аускультативно патологии органов грудной клетки не выявлено. Живот правильной формы, напряжен, в акте дыхания участвует плохо. Симптомы раздражения брюшины в эпигастрии и по правому боковому каналу. Печеночная тупость</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Желудочно-кишечное кровотечение. 2. ФГДС. 3. При продолжающемся кровотечении – экстренная операция. При нестойком гемостазе или остановившемся кровотечении по срочным показаниям или в плановом порядке. 4. Резекция желудка по Бильрот-I или Бильрот-II. 5. Нетрудоспособность в течение 60-75 дней. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>отсутствует. В анализе крови данные о гипохромной анемии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. План дальнейших методов обследования больного? 3. Тактика лечения? 4. Возможные виды оперативного вмешательства? 5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листке? 			
7	<p>У больного 23 лет около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа «кофейной гущи». До момента госпитализации трижды был жидкий стул черного цвета.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение? 2. Что нужно сделать для установления источника кровотечения? 3. Какие критерии степени тяжести кровотечения? 4. Что Вы можете сделать для остановки кровотечения? 5. Какие показания для экстренной операции? Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Из верхнего отдела (пищеводно-желудочного). 2. Произвести срочную гастродуоденоскопию. 3. Прежде всего, пульс, АД, ЦВД, Нв, эритроциты, гематокрит. 4. Промыть желудок холодной водой через зонд, ввести в желудок и в/в аминокaproновую кислоту, использовать эндоскопические методы остановки кровотечения. 5. Продолжающееся кровотечение. <p>Нетрудоспособность в течение 60-75 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе, б/лист в течение 10-12 месяцев, при благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

		стойкой утраты трудоспособности.		
8	<p>Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа «кофейной гущи». До момента госпитализации трижды был жидкий стул - мелена. Пульс - 120 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Нв 64 г/л, гематокрит 23%.</p> <p>1. Какие препараты Вы используете в качестве гемостатической терапии?</p> <p>2. Какие препараты Вы используете в качестве первых для восполнения объема циркулирующей крови?</p> <p>3. Каков объем и состав трансфузионной терапии?</p> <p>4. Какую кровь предпочтительней использовать для гемотрансфузии?</p> <p>5. Прогноз для жизни и трудоспособности?</p>	<p>1. У больного предполагается большая кровопотеря из дуоденальной язвы, угрожающая для жизни (кровопотеря до 30% ОЦК, гипотония до 90 мм рт. ст.) Такую кровопотерю организм не может компенсировать самостоятельно, без лечения.</p> <p>2. Консервативная гемостатическая терапия включает строжайший постельный режим, пузырь со льдом на область желудка и ДПК, промывание желудка через назальный зонд раствором аминокaproновой кислоты с температурой 4-7 °С, введение гемостатиков - хлористый кальций, викасол, АКК, свежзамороженной, плазмы, свежцитратной крови. Гемотрансфузия проводится при шоке, а также при падении уровня гемоглобина ниже 100 г/л. Применяются сосудосуживающие препараты для уменьшения кровоснабжения слизистой оболочки - вазопрессин, питуитрин, соматостатин. При промывании желудка холодной водой в последнюю порцию воды можно добавлять</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

		<p>адреналин.</p> <p>3. Обнаружение при эндоскопическом исследовании признаков активного кровотечения служит показанием к применению эндоскопических методов остановки кровотечения.</p> <p>4. При инфузионной терапии для восполнения ОЦК используют умеренную гемодилюцию - содержание гемоглобина около 100 г/л, гематокрит в пределах 30%. При легкой кровопотере производят инфузию реополиглюкина, гемодеза, в объеме до 400-600 мл с добавлением солевых и глюкозо-содержащих растворов. При средней кровопотере вводят плазмозамещающие растворы, донорскую плазму. Общий объем инфузии должен равняться 30-40 мл/кг массы тела больного. При тяжелой кровопотере и геморрагическом шоке соотношение переливаемых растворов и крови может достигать 1:1-1:2. Не допускать подъем АД выше 110 мм рт. ст.</p> <p>5. Для гемотрансфузии следует применять свежемороженную плазму и свежечитратную кровь. Для жизни прогноз сомнительный, поэтому</p>		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		рекомендовано оперативное лечение, для трудоспособности – ограничения.		
9	<p>Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа «кофейной гущи». До момента госпитализации трижды был черный стул. Пульс 120 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст., Нв 65 г/л, гематокрит 23%. Группа крови АВ(IV) Rh(+). При срочной гастродуоденоскопии обнаружено, что в желудке большое количество жидкости цвета «кофейной гущи» с примесью алой крови. На передней стенке луковицы ДПК определяется глубокий язвенный дефект до 1,5 см в диаметре, из которого активно поступает кровь. Эндоскопически остановить кровотечение не удалось.</p> <p>1. Ваш диагноз? 2. Методы диагностики данной патологии? 3. Какие эндоскопические методы остановки кровотечения могут быть применены? 4. Как в этой ситуации следует поступить: продолжать консервативную терапию</p>	<p>1. Желудочно-кишечное кровотечение. 2. ФГДС. 3. Эндоскопический гемостаз может быть осуществлен одним из следующих методов: аппликационный метод вяжущими и обволакивающими средствами (феррокрил., раствор азотнокислого серебра и др.); инъекционный метод - инъекционное введение в область кровоточащей язвы (паравазально или интравазально) различных склерозирующих и сосудосуживающих препаратов (спирт 50%, раствор адреналина, полидоканола или этоксисклерола и др.); электрокоагуляция - термоактивные способы эндоскопической остановки кровотечения, основанные на том, что действие высокой температуры приводит к коагуляции белков тканей, сжатию просвета сосуда и уменьшению кровотока. К таким методам относят лазеротерапию, мультиполярную электрокоагуляцию, термокоагуляцию; клипирование - эндоскопическая методика позволяет осуществить</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>или экстренно оперировать больного?</p> <p>5. Если принято решение оперировать больного, какие операции могут быть проведены в данном случае? Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе?</p>	<p>механическую остановку кровотечения наложением клипсы на кровоточащий сосуд. Контроль за полнотой гемостаза, осуществляется с помощью назогастрального зонда, и динамической ФГДС.</p> <p>4. В данном случае больному показана экстренная операция. При геморрагическом шоке и продолжающемся кровотечении экстренную операцию проводят на фоне массивного переливания одногруппной крови, нативной плазмы, плазмозамещающих растворов.</p> <p>5. Показана дистальная резекция желудка по способу Бильрот-I или Бильрот-II. В качестве альтернативного вмешательства может быть применена операция иссечения кровоточащей язвы ДПК с дуоденопластикой и стволовой ваготомией. Нетрудоспособность в течение 60-75 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе б/лист в течение 10-12 месяцев, при неблагоприятном трудовом прогнозе</p>		
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.		
10	<p>Больной 32 лет страдает язвенной болезнью ДПК в течение 6 лет. Последнюю неделю отмечает интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развились резкая слабость, холодный пот, исчезли боли. АД 90/60 мм рт. ст. Анализ крови: Эр. $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв 140 г/л. При пальцевом исследовании прямой кишки кал нормального цвета.</p> <p>1. Какое осложнение развилось у больного? 2. С чем связано исчезновение болей? 3. Как объяснить нормальные показатели анализа крови? 4. Какой кал будет через 1-2 суток? 5. Как подтвердить диагноз? Прогноз? Рекомендации по ведению больных с язвенной болезнью на амбулаторном этапе?</p>	<p>1. У больного предположительно острое кровотечение из дуоденальной язвы.</p> <p>2. Боли исчезли из-за устранения кровью кислотно-пептического агрессивного фактора на слизистую в области язвы.</p> <p>3. Нормальные показатели крови можно объяснить централизацией кровообращения при геморрагическом шоке и последующим депонированием.</p> <p>4. Через 1-2 суток у больного будет «черный» дегтеобразный стул (мелена).</p> <p>5. Диагноз подтверждается эндоскопическим исследованием (ФГДС). Для жизни прогноз благоприятный, для трудоспособности благоприятный. Наблюдение хирурга по месту жительства, ограничение физической нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8
11	<p>Студент 19 лет обратился в медпункт с жалобами на боли в энгастральной области, изжогу. Боли появились после приема острой пищи сразу после завтрака, прошло 1,5 часа. Была однократная</p>	<p>1. У больного, вероятно, обострение хронического гастрита, не исключается язвенная болезнь.</p> <p>2. Наблюдать в динамике течения 1-2 часов. Можно назначить но-шпу, другие спазмолитики, рег. ос.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>рвота. Ранее неоднократно отмечал чувство изжоги, умеренные боли в эпигастрии, которые проходили самостоятельно. Не обследовался, к врачам не обращался. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Язык влажный, без налета. В легких дыхание везикулярное. Температура нормальная. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины не определяется.</p> <p>1. Какое заболевание можно предполагать у больного? 2. Тактика врача медпункта? 3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита? 4. Как уточнить диагноз? 5. Первичная профилактика?</p>	<p>новокаин 0,5% 30 мл, альмагель. При купировании боли показано обследование в плановом порядке. Если после введения спазмолитиков боли не купируются, то больного необходимо направить в больницу для осмотра хирургом.</p> <p>3. Симптомы Кохера, Сигковского, Ровзинга, Образцова, Щеткина-Блюмберга.</p> <p>4. Сделать ФГДС в стационаре.</p> <p>5. Весной, осенью обследование ФГДС, анализ желудочного сока 1 раз в год.</p>		
12	<p>Больная Е. 55 лет. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течение 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе -</p>	<p>1. Рак желудка. 2. Хирургическое лечение. 3. Рентгеноскопия желудка. 4. Гистологическое исследование. 5. Неблагоприятный.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Лечебная тактика? 3. Дополнительные методы обследования? 4. Какое исследование нужно выполнить чтобы решить вопрос об объеме хирургического вмешательства? 5. Прогноз? 			
13	<p>Больной Ф. 40 лет. В анамнезе: в течении 8 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рак желудка. 2. Ш. 3. Рентгеноскопия желудка. 4. Гистологическое исследование. 5. Неблагоприятный. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. Гастроскопия: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Стадия заболевания? 3. Методы его уточнения? 4. Объем оперативного вмешательства? 5. Прогноз? 			
14	<p>Больной 68 лет, 20 лет страдающий язвенной болезнью желудка, доставлен по экстренным показаниям в хирургический стационар по поводу желудочно-кишечного кровотечения. От операции по поводу язвы отказывался, лечился неоднократно амбулаторно и стационарно. Данное кровотечение возникло впервые. За последние полгода похудел на 10 кг, стал отмечать боли в области печени, увеличение живота. При осмотре:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рак желудка с метастазами в печень, кровотечение. 2. IV. 3. Гистологическое исследование. 4. Гастрэктомия. 5. Неблагоприятный. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>кахектичен, бледен, склеры желтушные, печень + 3 см под реберной дугой, определяется ненапряженный асцит. Нб 70 г/л. В прямой кишке мелена.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Стадия заболевания? 3. Методы его уточнения? 4. Лечение? 5. Прогноз? 			
15	<p>Женщина 46 лет поступила в стационар с жалобами на желудочное кровотечение, слабость, тошноту, головокружение. Из анамнеза: в течение 10 лет страдает ревматоидным артритом, по поводу чего неоднократно лечилась в условиях стационара, на курорте, различными медикаментозными препаратами, в том числе преднизолоном, аспирином и др. Язвенный анамнез отсутствует. Сегодня утром в 6 часов среди полного благополучия проснулась от тошноты и тут же появилась рвота с кровью. Экстренная фиброгастроскопия в стационаре показала: множественные эрозии слизистой, кровотечение со всей поверхности слизистой желудка.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какое предложите лечение? 3. Причина кровотечения? 4. Следует ли переливать кровь или плазму? 5. Вторичная 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Геморрогический эрозивный гастрит. 2. Провести консервативное лечение для остановки кровотечения. Операция не показана. 3. Причиной желудочного кровотечения является длительное применение гормонотерапии и аспирина по поводу ревматоидного артрита, приведшие к изменению свертывающей системы крови и сосудистых стенок. 4. Препараты крови следует переливать, если гемоглобин ниже 70 г/л. Введение свежезамороженной плазмы способствует стабилизации коагуляционных нарушений. 5. Обязательная проивозвенная терапия 2 раза в год (весна, осень), ФГДС 2 раза в год, диспансерное наблюдение, соблюдение диеты. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	профилактика?			
16	<p>При вскрытии брюшной полости разрезом Дьяконова-Волковича хирург не обнаруживает слепой кишки и червеобразного отростка.</p> <p>1. Действия хирурга?</p> <p>2. Тактика хирурга?</p> <p>3. Вид анестезиологического пособия?</p> <p>4. Классификация по морфологическому признаку?</p> <p>5. Вторичная профилактика?</p>	<p>1. Под общим наркозом рана расширяется кверху (трансректальный разрез Ленандера) и производится ревизия правой половины брюшной полости, а при необходимости и левой половины.</p> <p>2. Червеобразный отросток и удаляется – аппендэктомия.</p> <p>3. Интраоперационный или в/в наркоз.</p> <p>4. Острый катаральный, острый флегмонозный острый деструктивный.</p> <p>5. Профилактика – ранней и поздней спаечной непроходимости и послеоперационной грыжи, следить за функцией кишечника, ограничение физической нагрузки.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8
17	<p>У больной, которая взята в операционную, по поводу острого аппендицита при вскрытии брюшной полости, выделяется в большом количестве темная кровь, отросток слегка гиперемирован.</p> <p>1. О какой патологии можно думать?</p> <p>2. Дальнейшие действия хирурга?</p> <p>3. Действие врача?</p> <p>4. Что нужно сделать с червеобразным</p>	<p>1. Внематочная беременность.</p> <p>2. Пригласить в операционную гинеколога.</p> <p>3. Удаление маточной трубы.</p> <p>4. Аппендэктомия</p> <p>5. Наблюдение у гинеколога, профилактика спаечной болезни, п/операционной грыжи, воспалительных гинекологических заболеваний.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	отростком? 5. Вторичная профилактика?			
18	<p>Больной 20 лет, поступил с диагнозом острого аппендицита, показано оперативное лечение.</p> <p>1. Метод обезболивания? 2. Оперативный доступ (перечислите все)? 3. Что является патологическим выпотом в брюшной полости? 4. Показания к дренированию брюшной полости? 5. Вторичная профилактика?</p>	<p>1. Интубационный или венный наркоз. 2. Разрез Волковича-Дьяконова, срединная лапаротомия. 3. В норме в брюшной полости выпота практически нет, и не определяется. Наличие любого количества выпота (серозного, гнойного, калового, мочевого, желчного, крови и др.) считается патологическим. 4. Наличие выпота в брюшной полости является показанием к дренированию брюшной полости. 5. Профилактика спаечной болезни (следить за функцией кишечника), профилактика послеоперационных грыж (ограничение физической нагрузки).</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8
19	<p>Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура - 37,6 С. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выражена болезненность в правой половине, особенно в правой</p>	<p>1. Острый аппендицит. Разлитой перитонит. 2. Перфоративную язву. 3. ФГДС, обзорная рентгенография брюшной полости (свободный газ под правым куполом диафрагмы). 4. Экстренное оперативное вмешательство – срединная лапаротомия</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>подвздошной области, где определяется на-пряжение мышц и резко положительный симптом Щёткина. Лейкоциты -14,6 x 10⁹ л</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какое заболевание следует исключить? 3. Какое обследование необходимо провести для его исключения? 4. Какое решение может быть принято? 5. Третичная профилактика? 	<p>под интубационным наркозом.</p> <p>5. Профилактика послеоперационных грыж (ограничение физической нагрузки, ношение бандажа), спаечной болезни (следить за функцией кишечника).</p>		
20	<p>Больная 25 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, резкую слабость, головокружение. Считает себя больной в течение 10 часов. Объективно: кожные покровы бледные, живот умеренно и равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный. Определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга, больше в правой подвздошной области. Пульс 130 в мин. Температура 37,0 °С, лейкоциты 10,1x10⁹/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый аппендицит и внутрибрюшное кровотечение (внематочная беременность, апоплексия яичника). 2. Кровь на эритроциты, гемоглобин, гинекологические исследования – пункция заднего свода, УЗИ малого таза. 3. Экстренное оперативное вмешательство. 4. Голод, гентамицин 80 гр X 3 р. в/м. 5. Для жизни прогноз благоприятный, для деторождения – сомнительный. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?</p> <p>3. Ваша тактика лечения?</p> <p>4. Лист назначений в послеоперационном периоде?</p> <p>5. Прогноз для жизни?</p>			
21	<p>При вскрытии брюшной полости разрезом Дьяконова-Волковича хирург не обнаруживает слепой кишки и червеобразного отростка.</p> <p>1. Действия хирурга?</p> <p>2. Тактика хирурга?</p> <p>3. Вид анестезиологического пособия?</p> <p>4. Классификация по морфологическому признаку?</p> <p>5. Вторичная профилактика?</p>	<p>1. Под общим наркозом рана расширяется кверху (трансректальный разрез Ленандера) и производится ревизия правой половины брюшной полости, а при необходимости и левой половины.</p> <p>2. Червеобразный отросток удаляется – аппендэктомия.</p> <p>3. Интраоперационный или в/в наркоз.</p> <p>4. Острый катаральный, острый флегмонозный, острый деструктивный.</p> <p>5. Профилактика – ранней и поздней спаечной непроходимости и послеоперационной грыжи, следить за функцией кишечника, ограничение физической нагрузки.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8
22	<p>У больной, которая взята в операционную, по поводу острого аппендицита при вскрытии брюшной полости, выделяется в большом количестве</p>	<p>1. Внематочная беременность.</p> <p>2. Пригласить в операционную гинеколога.</p> <p>3. Удаление маточной трубы.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>темная кровь, отросток слегка гиперемирован.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О какой патологии можно думать? 2. Дальнейшие действия хирурга? 3. Действие врача? 4. Что нужно сделать с червеобразным отростком? 5. Вторичная профилактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Аппендэктомия. 5. Наблюдение у гинеколога, профилактика спаечной болезни, п/операционной грыжи, воспалительных гинекологических заболеваний. 		
23	<p>Больной 20 лет, беременность 22 недели, поступила с диагнозом острого аппендицита, показано оперативное лечение.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Метод обезболивания? 2. Оперативный доступ (перечислите все)? 3. Что является патологическим выпотом в брюшной полости? 4. Показания к дренированию брюшной полости? 5. Вторичная профилактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интубационный или венный наркоз. 2. Разрез Волковича-Дьяконова, срединная лапаротомия. 3. В норме в брюшной полости выпота практически нет, и не определяется. Наличие любого количества выпота (серозного, гнойного, калового, мочевого, желчного, крови и др.) считается патологическим. 4. Наличие выпота в брюшной полости является показанием к дренированию брюшной полости. 5. Профилактика спаечной болезни (следить за функцией кишечника), профилактика послеоперационных грыж (ограничение физической нагрузки). 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8
24	<p>Мужчина 82 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый аппендицит. Разлитой перитонит. 2. Перфоративную язву. 3. ФГДС, 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура - 37,6 °С. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выражена болезненность в правой половине, особенно в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щёткина. Лейкоциты крови $14,6 \times 10^9/\text{л}$.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какое заболевание следует исключить? 3. Какое обследование необходимо провести для его исключения? 4. Какое решение может быть принято? 5. Третичная профилактика? 	<p>обзорная рентгенография брюшной полости (свободный газ под правым куполом диафрагмы).</p> <p>4. Экстренное оперативное вмешательство – срединная лапаротомия под интубационным наркозом.</p> <p>5. Профилактика послеоперационных грыж (ограничение физической нагрузки, ношение бандажа), спаечной болезни (следить за функцией кишечника).</p>		
25	<p>Больная 25 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, резкую слабость, головокружение. Считает себя больной в течение 10 часов. Объективно: кожные покровы бледные, живот умеренно и равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный. Определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый аппендицит и внутрибрюшное кровотечение (внематочная беременность, апоплексия яичника). 2. Кровь на эритроциты, гемоглобин, гинекологические исследования – пункция заднего свода, УЗИ малого таза. 3. Экстренное оперативное вмешательство. 4. Голод, гентамицин 0,08 x 3 раза 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>больше в правой подвздошной области. Пульс 130 в мин. Температура 37,1 °С, лейкоциты крови 10,1x10⁹/л.</p> <p>1. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз?</p> <p>2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?</p> <p>3. Ваша тактика лечения?</p> <p>4. Лист назначений в послеоперационном периоде?</p> <p>5. Прогноз для жизни?</p>	<p>в сутки в/м.</p> <p>5. Для жизни прогноз благоприятный, для деторождения – сомнительный.</p>		
26	<p>Больная 72 лет, поступила в клинику сего года с жалобами на боли в эпигастрии, слабость, похудание, кожный зуд. Больна 7 дней. Вначале появились боли, слабость, а затем присоединилась желтуха. Выставлен диагноз ЖКБ, холелитиаз, механическая желтуха. Состояние прогрессивно ухудшалось, желтуха нарастала. Перед лапаротомией решено произвести лапароскопию, диагноз – «цирроз». Желчный пузырь увеличен, стенки не изменены. Печень зеленовато-темно-вишневого цвета, увеличена, имеет место «цирроз» печени, острый гепатит. Однако нарастания желтухи, высокие цифры</p>	<p>1. По результатам диагностической лапароскопии без дополнительных методов исследования нужно оперировать, так как имеется четкая клиническая картина ЖКБ (боль, зуд, желтуха).</p> <p>2. Перед лапароскопией желательно было сделать УЗИ, печеночные пробы (более подробно собрать анамнез).</p> <p>3. Бугристая печень, несколько увеличенная зеленовато-темно-багрового цвета белесоватые вкрапления.</p> <p>4. Для уточнения диагноза остро го хирургического заболевания информативность лапароскопии по данным</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>билирубина увеличенный желчный пузырь, диагноз ЖКБ или опухоль панкреатодуоденальной области исключить было нельзя.</p> <p>Больная оперирована на 6 сутки. Пузырь увеличен, стенки не изменены, общий желчный проток не расширен. На 8 сутки больная умерла от нарастающей печеночно-почечной недостаточности. Патологоанатомический диагноз – на фоне острого гепатита - мелко-узловой цирроз.</p> <p>1. Можно ли было бы не оперировать больную по результатам одной лапароскопии?</p> <p>2. Какие еще обследования требовалось сделать для исключения ЖКБ?</p> <p>3. Какие характерные лапароскопические признаки косвенные или прямые имеют место при циррозах печени?</p> <p>4. Какова информативность диагностической лапароскопии по данным литературы?</p> <p>5. Можно ли используя лапароскопию в данной ситуации сделать оментогепатопексию как одна из паллиативных операций?</p>	<p>многих авторов составляет 96-98%.</p> <p>5. Конечно, можно было бы произвести оментогепатопексию, но она не повлияла бы на результат.</p>		
27	<p>Больной 27 лет, госпитализирован во 2 х.о. с болями в животе, локализация по правому флангу и подвздошной области. Месяц назад</p>	<p>1. Прободная язва желудка и ДПК. Острый холецистит, панкреатит, острый аппендицит.</p> <p>2. Возможно ушивание перфоративного</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

<p>лечился стационарно по поводу язвенной болезни ДПК. Из объективного статуса: печеночная тупость сохранена, симптомы раздражения брюшины Ситковского, Образцова положительны, Щеткина – сомнителен. L - 8,9; t-37,10 С. Ректально больной не осматривался.</p> <p>Предварительный диагноз острый аппендицит? Перфорация ДПК? При диагностической лапароскопии в малом тазу небольшое количество мутного выпота. Отросток белесоватого цвета расположен в малом тазу, серозная поверхность отечна, сосуды не выражены. В области привратника подпаян большой сальник, при его смещении обнаружено перфоративное отверстие 0.1 x 0.1 см. С истечением желудочного содержимого. Больному сделана диагностическая лапароскопия. Диагноз: прикрытая перфорация язвы ДПК, локализация на передней стенке.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие заболевания можно дифференцировать при лапароскопии? 2. Какие варианты хирургической операции возможны у больного? 3. Как поступить с червеобразным отростком? 4. Как закончить операцию? 5. Какая допущена ошибка на диагностическом этапе? 	<p>отверстия лапароскопически.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Червеобразный отросток можно оставить, при открытой лапаротомии лучше удалить. 4. Обязательно дренирование. 5. Ошибка - отказ от ректального осмотра. 		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

28	<p>Больная 48 лет, поступила в 1 хирургическое отделение с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, тошноту, боли в нижних отделах правой половины грудной клетки ноющего характера, сухой кашель, субфебрильная температура. Заболеева 3 дня назад, когда появились боли в грудной клетке и правом подреберье.</p> <p>Объективно: при поступлении справа в нижних отделах легкого по задней поверхности ослабленное дыхание, живот резко напряжен и болезнен в правой половине. Сомнителен симптом острого живота. Поставлен диагноз: правосторонняя нижнедолевая пневмония, деструктивный холецистит? После проведенной противовоспалительной терапии инфузионной – объективные данные остались прежними. Несмотря на картину пневмонии, невозможно было исключить деструктивный холецистит. перитонит. Выполнена лапароскопия, желчный пузырь не изменен, выпота в брюшной полости нет. Исключены острые хирургические заболевания. Продолжено консервативное лечение, больная выписана в удовлетворительном состоянии.</p> <p>1. С какой целью производилась лапароскопия в данном</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лапароскопия проведена с целью дифф. диагностики острого «ложного» живота. 2. Исключить патологию в данном случае было сложно, не производя лапароскопию. 3. Лапаростомия является основным в дифф. диагностике острого «ложного» живота, дает возможность избежать напрасной лапаротомии. 4. Нижнедолевая пневмония – это область иннервации, иррадирующая корешковая боль. 5. Выжидательная тактика здесь была оправдана - подтверждением данные лапароскопии. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	-----------------------

	<p>случае?</p> <p>2. Можно ли было исключить хирургическую патологию, не производя лапароскопию?</p> <p>3. Можно ли считать лапароскопию основным методом дифф. диагностики острого «ложного» живота?</p> <p>4. Чем объяснить клиническую картину, напоминающую острый холецистит у данного больного?</p> <p>5. Оправдана ли была тактика динамического наблюдения?</p>			
29	<p>Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура - 37,6 С. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выражена болезненность в правой половине, особенно в правой подвздошной области, где определяется на-пряжение мышц и резко положительный симптом Щёткина. Лейкоциты -14,6 x 10⁹ л</p> <p>1. Ваш предварительный диагноз?</p> <p>2. Какое заболевание следует исключить?</p> <p>3. Какое обследование</p>	<p>1. Острый аппендицит. Разлитой перитонит.</p> <p>2. Перфоративную язву.</p> <p>3. ФГДС, обзорная рентгенография брюшной полости (свободный газ под правым куполом диафрагмы).</p> <p>4. Экстренное оперативное вмешательство – срединная лапаротомия под интубационным наркозом.</p> <p>5. Профилактика послеоперационных грыж (ограничение физической нагрузки, ношение бандажа), спаечной болезни (следить за функцией кишечника).</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>необходимо провести для его исключения?</p> <p>4. Какое решение может быть принято?</p> <p>5. третичная профилактика.</p>			
30	<p>Больная 25 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, резкую слабость, головокружение. Считает себя больной в течение 10 часов. Объективно: кожные покровы бледные, живот умеренно и равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный. Определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга, больше в правой подвздошной области. Пульс 130 в мин. Температура 37,10 С, лейкоциты 10,1 . 10⁹/л.</p> <p>1. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз?</p> <p>2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?</p> <p>3. Ваша тактика лечения.</p> <p>4. Лист назначений в послеоперационном периоде.</p> <p>5. Прогноз для жизни.</p>	<p>1. Острый аппендицит и внутрибрюшное кровотечение (внематочная беременность, апоплексия яичника).</p> <p>2. Кровь на эритроциты, гемоглобин, гинекологические исследования – пункция заднего свода, УЗИ малого таза.</p> <p>3. Экстренное оперативное вмешательство.</p> <p>4. Голод, гентамицин 80 гр X 3 р. в/м.</p> <p>5. Для жизни прогноз благоприятный, для деторождения – сомнительный.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8
31	<p>1. Больной 28 лет поступил</p>	<p>1)острый аппендицит</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5,

<p>в клинику с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в правое бедро и половые органы. Заболел 12 часов назад, когда появились боли в животе, была рвота, небольшой озноб. Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Температура тела 37,7°C, пульс 84 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, отчетливая болезненность над гребешком правой подвздошной кости. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского отрицательные. Положительные симптомы Яуре-Розанова, Габая, Пастернацкого справа. Анализ крови: лейкоцитов $11,7 \times 10^9/\text{л}$, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево. Анализ мочи: удельный вес 1018, белка нет, свежие эритроциты 1-3 в п/з.</p> <p>1) Ваш предполагаемый диагноз? 2) Вариант расположения отростка? 3) Дифференциальная диагностика? 4) Нужны ли дополнительные методы обследования? 5) Тактика и план лечения?</p>	<p>2) Ретроцекальное расположение отростка 3) Дифференциальная диагностика с почечной коликой (МКБ). 4) В/в урография. 5) Показано хирургическое лечение в экстренном порядке – аппендэктомия.</p>	<p>ПК 6, ПК8</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

32	<p>Бригадой «Скорой медицинской помощи» осмотрен больной Б., 47 лет, с жалобами на сильную боль в правой подвздошной области, тошноту, многократную рвоту, повышение температуры тела до 38 С. Заболел 2 суток назад, когда появилась боль в эпигастрии, спустившаяся в правую подвздошную область. При осмотре: состояние больного тяжелое, легкая язык сухой, густо обложен белым налетом. Пульс 110 уд. в мин.. АД 130/80 мм рт. ст.. При пальпации живот болезненный и напряженный во всех отделах. Симптомы Менделя, Бартомье-Михельсона, Образцова, Щеткина-Блюмберга положительные. Печеночная тупость сохранена. В отлогих местах брюшной полости неотчетливое притупление перкуторного звука. Перистальтика кишечника вялая.</p> <p>1. Предварительный диагноз? Тактика врача «Скорой медицинской помощи»?</p> <p>2. Какие обследования необходимо выполнить больному в стационаре для уточнения диагноза?</p> <p>3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.</p> <p>4. Тактика врача приемного покоя? Сформулируйте показания к лечению при данной патологии.</p> <p>5. Вторичная профилактика?</p>	<p>1. Острый аппендицит, разлитой перитонит.</p> <p>2. Клинические анализы, лапароцентез, лапароскопия.</p> <p>3. Острый холецистит, перфоративная язва желудка (ДПК), острый панкреатит, панкреонекроз, перфорация кишки.</p> <p>4. Больному показана операция: лапаротомия, ревизия брюшной полости, аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости.</p> <p>5. Своевременное обращение больного к хирургу. Правильная диагностика острого аппендицита на догоспитальном этапе.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8
33	У больного Н., 50 лет пять дней назад появились боли в	1. Аппендикулярный инфильтрат. Направить	ТК ГИА	УК 1, ПК 5,

	<p>эпигастральной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Принимал тетрациклин и анальгин, обратился к хирургу поликлиники на 5-й день от начала заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больного средней степени тяжести. Температура 37,4 С, пульс 98 уд/мин. В правой подвздошной области пальпируется образование 12*8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Лейкоциты 11,0x10⁹.</p> <p>1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники?</p> <p>2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?</p> <p>3. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию? Какие диагностические данные можно получить при ректальном обследовании данного больного.</p> <p>4. Лечение?</p> <p>5. Длительность нетрудоспособности. Вторичная профилактика?</p>	<p>больного в хирургический стационар.</p> <p>2. Клинические анализы, УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости.</p> <p>3. Опухоль толстой кишки, абсцесс брюшной полости. На высоте пальца может определяться болезненный инфильтрат.</p> <p>4. Больному показана консервативная терапия: антибиотики, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты, физиолечение, ретроцекальные блокады. При появлении признаков абсцедирования инфильтрата – оперативное лечение. 20-30 дней. Своевременное обращение больного к хирургу. Правильная диагностика острого аппендицита на догоспитальном этапе.</p>		ПК 6, ПК8
34	<p>Больная 3., 45 лет оперирована по поводу гангренозного аппендицита, тифлита, местного гнойного перитонита. На 7 сутки после операции по дренажу из брюшной полости появилось</p>	<p>1. Цекальный свищ.</p> <p>2. Продолжающиеся деструктивные процессы в стенке кишки. Нагноение швов, наложенных на стенку кишки. Неадекватное ушивание стенки</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>кишечное отделяемое. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, кожные покровы бледно-розового цвета, обычной влажности. Пульс 100 уд. в мин.. АД 110/80 мм рт. ст.. При пальпации живот мягкий, незначительно болезненным в области послеоперационной раны, симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сохранена. Перистальтика кишечника вялая. ОАК: лейкоциты 14*10⁹, СОЭ – 21 мм/ч. ОАМ – без патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое осложнение возникло у больного? 2. Причины развития данного осложнения? 3. Лечение? 4. Сроки утраты трудоспособности. Рекомендации больной при выписке из стационара? 5. Третичная профилактика? 	<p>кишки.</p> <p>3. Больному показано проточно-промывное дренирование по Каншину. После уменьшения дебита по дренажу – введение в рану склерозантов. При отсутствии эффекта от проточно-промывного дренирования – оперативное лечение.</p> <p>4. 20-40 дней. Ограничение физической нагрузки в течение 3 месяцев.</p> <p>Ношение бандажа. Физиолечение.</p> <p>5. Адекватная установка проточно-промывной системы, динамическое наблюдение за дебитом кишечного отделяемого.</p>		
35	<p>Больной 50 лет, поступил в клинику через 72 часа от начала заболевания с жалобами на постоянную ноющую боль в правой подвздошной области, тошноту, общую слабость. Из анамнеза известно, что заболевание началось с появления болей по всему животу, затем через 4 часа они стали локализоваться в правой подвздошной области. К врачу не обращался. Постепенно интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость. Объективно: температура тела 37,10 С, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт. ст.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предполагаемый диагноз: аппендикулярный инфильтрат. 2. Дифференциальная диагностика с раком слепой кишки, болезнью Крона, туберкулезом, актиномикозом слепой кишки. 3. Больному показана консервативная терапия 4. Ретроцекальная новокаиновая блокада с антибиотиками, антибиотики в/в, физиолечение. 5. Благоприятный 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>Живот обычной формы, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование 7x4 см. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптомы Ровзинга, Ситковского сомнительные.</p> <p>Анализ крови: лейкоцитов $10,1 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула не изменена. Анализ мочи без отклонений от нормы.</p> <p>1. Ваш предполагаемый диагноз?</p> <p>2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>3. Тактика</p> <p>4. План лечения?</p> <p>5. Прогноз</p>			
36	<p>Больной 87 лет жалуется на отсутствие стула в течение 7 дней. Состояние удовлетворительное. Подкожный жировой слой истончен. Пульс 88 уд/мин, АД 150/90 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Через тонкую переднюю брюшную стенку пальпируются все отделы толстой кишки – эластичные, подвижные, заполненные каловыми массами. При ректальном исследовании выявлены плотные каловые массы, заполняющие всю ампулу прямой кишки. На обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости патологии не выявлено.</p>	<p>1. Каловый завал.</p> <p>2. В большинстве случаев правильный диагноз удаётся поставить при пальцевом ректальном исследовании. При необходимости, для уточнения диагноза, можно выполнить ректороманоскопию.</p> <p>3. Опухоль прямой кишки, инвагинация сигмовидной ободочной кишки, инородное тело прямой кишки.</p> <p>4. В данной ситуации слабительные не показаны (они могут привести к нарастанию явлений кишечной непроходимости), а клизмы малоэффективны (клизменный наконечник обычно не может свободно проникнуть выше камня, им нельзя вслепую</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>1. Ваш предварительный диагноз?</p> <p>2. Исследования, необходимые для подтверждения диагноза?</p> <p>3. Дифференциальная диагностика?</p> <p>4. Лечебная тактика?</p> <p>5. Профилактика?</p>	<p>пользоваться с целью дробления камня из-за опасности травмы стенки кишки). Ликвидация калового завала заключается в следующем. Положение больного на боку (лучше на левом) с согнутыми в коленях и прижатыми к животу ногами. На руку одевается толстая резиновая перчатка, пальцы хорошо смазываются вазелиновым маслом. Указательный палец (а лучше два пальца, указательный и средний) вводится в прямую кишку. При этом необходимо осторожно и постепенно раздробить дистальную часть калового камня, извлекая его освободившиеся обломки. Обычно эта манипуляция удаётся без особого труда, так как в большинстве случаев у таких больных тонус заднепроходного сфинктера снижен и анус почти зияет. Тем не менее, процедура эта длительная и неприятная для больного, поэтому в таких случаях предварительно необходимо назначить седативные или болеутоляющие препараты. Когда наиболее плотные дистальные участки камня раздроблены, остальные, верхние его части удаляются намного легче и в конце либо начинается самостоятельная, очень обильная дефекация, либо следует выполнить сифонную клизму.</p> <p>5. Разрешив каловый завал, больному или его родственникам необходимо объяснить меры</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		профилактики задержки стула (соблюдение диеты, приём слабительных средств, в сложных случаях – еженедельные очистительные клизмы).		
37	<p>Студент 19 лет обратился в «скорую помощь» с жалобами на схваткообразные боли в животе, рвоту, вздутие живота. Заболел 3 часа назад. В анамнезе у больного аппендэктомия по поводу деструктивного аппендицита, осложнённого перитонитом. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, язык сухой, обложен. Температура тела нормальная. Живот вздут, по средней линии определяется старый послеоперационный рубец после срединной лапаротомии, в подвздошных областях – рубцы после контрапертурных ран для дренирования брюшной полости. Через брюшную стенку контурируются раздутые петли кишечника, положителен симптом Валя. В отлогих местах живота неотчётливо определяется жидкость. Положителен симптом Щёткина-Блюмберга.</p> <p>1. Диагноз больного? 2. Тактика врача «скорой помощи»? 3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести больному? 4. Какова хирургическая тактика? 5. Первичная</p>	<p>1. Острая спаечная кишечная непроходимость? 2. Вызвать «на себя» машину «скорой медицинской помощи» и направить больного в стационар для экстренной госпитализации в хирургическое отделение. 3. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца (динамический рентгенконтроль за пассажем рентгенконтрастных веществ, например, сульфата бария, по кишечнику). 4. Экстренное хирургическое вмешательство после кратковременной предоперационной подготовки (не более 2 часов) показано только при наличии перитонита. В остальных случаях лечение необходимо начинать с консервативных и диагностических (если диагноз окончательно не подтверждён) мероприятий, которые направлены на борьбу с болью, гиперперистальтикой, интоксикацией и нарушениями гомеостаза (инфузионная терапия, спазмолитики, медикаментозная стимуляция кишечника, очистительные клизмы, освобождение верхних</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>профилактика?</p>	<p>отделов пищеварительного тракта от застойного содержимого посредством постановки желудочного зонда). Консервативное лечение можно считать эффективным лишь в случаях исчезновения боли в животе и вздутия живота, прекращения рвоты, тошноты, адекватного отхождения газов и кала, исчезновения или резкого уменьшения шума плеска и синдрома Валя, значительного уменьшения количества горизонтальных уровней на рентгенограммах, а также явного продвижения бариевой контрастной массы по тонкой кишке и появления её в толстой через 4-6 часов от начала исследования, наряду с разрешением явлений копростаз. При отсутствии эффекта от консервативного лечения, а также при недопустимости консервативного лечения (см. выше) показано оперативное лечение объёме: срединная лапаротомия, рассечение спаек, ликвидация кишечной непроходимости, резекция кишки (по показаниям в зависимости от операционной находки), назоинтестинальное дренирование тонкой кишки.</p> <p>5. Адекватная санация брюшной полости во время аппендэктомии, профилактика пареза кишечника в послеоперационном периоде, ранняя</p>		
--	----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		активизация больного.		
38	<p>2. Больная 40 лет 2 сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении был выставлен диагноз «Острая спаечная кишечная непроходимость?» и проведено консервативное лечение: инфузионная терапия в объеме 2 литров, спазмолитики, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боли в животе уменьшились, дважды был самостоятельный стул. 4 года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца. Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 уд/мин, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.</p> <p>3.1. Какой диагноз можно</p>	<p>8.1. Спаечная болезнь брюшной полости. Рецидивирующая спаечная непроходимость.</p> <p>9.2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого могут быть использованы УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.</p> <p>10.3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов.</p> <p>11.4. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.</p> <p>12.5. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>поставить больной?</p> <p>4.2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?</p> <p>5.3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения?</p> <p>6.4. Возможные варианты оперативных вмешательств?</p> <p>7.5. Пути профилактики данного осложнения.</p>	<p>восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.</p>		
39	<p>13. Больной К. 60 лет доставлен в приёмный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды была рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 уд/мин, ритмичный. В лёгких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, но больше в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстой кишки. Перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется</p>	<p>19.1. Декомпенсированная толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмовидного отдела толстой кишки.</p> <p>20.2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.</p> <p>21.3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.</p> <p>22.4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности (не позднее чем через 6-12 часов после поступления) – экстренная лапаротомия.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>«шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В ОАК: лейкоциты $16,2 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч.</p> <p>14.1. Предположительный диагноз?</p> <p>15.2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?</p> <p>16.3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?</p> <p>17.4. Алгоритм Ваших действий? Принципы консервативной терапии?</p> <p>18.5. Возможные варианты оперативных вмешательств?</p>	<p>23.5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно-, двух- и трёхмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правой половины толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левой половины толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.</p>		
40	<p>Больная 62 лет поступила в отделение через 12 часов от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. В анамнезе – аппендэктомия. Боли появились после приёма растительной пищи. Состояние больной средней тяжести. Пульс 92 уд/мин. Живот умеренно вздут, отмечается западение правой подвздошной области. В проекции восходящей ободочной кишки пальпируется мягко-эластическое опухолевидное</p>	<p>1. Можно думать об инвагинации.</p> <p>2. Подтверждением служит образование овальной формы в проекции восходящей кишки, западение подвздошной ямки, ирригоскопия – симптом «двузубца», ректально кровянистые выделения.</p> <p>3. Дифференциальный диагноз необходимо провести со спаечной болезнью брюшной полости и опухолью кишечника.</p> <p>4. Оперативное лечение (объём зависит от</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>образование овальной формы. Перистальтика усилена, с резонирующим оттенком. При ректальном исследовании имеются кровянистые выделения из прямой кишки. Выполнена ирригоскопия, при этом определяется симптом «двузубца».</p> <p>1. Ваш диагноз?</p> <p>2. Какие объективные и дополнительные данные подтверждают Ваш диагноз?</p> <p>3. С каким заболеванием будете проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Лечение и его объём?</p> <p>5. Профилактика, реабилитация?</p>	<p>операционной находки).</p> <p>5. Следить за стулом, избегать заболеваний лёгких, не курить. Прогноз благоприятный.</p> <p>Диспансерное наблюдение в течение 1 года. Лёгкий труд.</p>		
41	<p>Больной 26 лет обратился к врачу с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, возникающие после еды и перед дефекацией, выраженную диарею в виде кашицеобразного стула до 10 раз в сутки с примесью крови. Данные явления в течение месяца. За время болезни отмечается похудание, слабость, снижение работоспособности, ухудшение сумеречного зрения. Появились трещины в углах рта. При осмотре - бледность и сухость кожи, снижение тургора. Пальпация по ходу толстой кишки болезненна, сигмовидная кишка определяется в виде жгута, при пальцевом исследовании прямой</p>	<p>1. Болезнь Крона с поражением анального канала.</p> <p>2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови с определением общего белка, фракций, печеночных проб, железа, натрия, калия, кальция, креатинина, мочевины.</p> <p>3. УЗИ органов брюшной полости, включая ободочную кишку, согласно ее проекции на переднюю брюшную стенку. ФЭГДС. Пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия с биопсией и гистологическим исследованием биоптатов.</p> <p>4. Иммунологический анализ крови с определением</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>кишки-стенки анального канала отечны, на боковой стенке кишки малоблезненная анальная трещина с вялыми грануляциями, из кишки гнойно-некротические выделения. Спазма сфинктера нет.</p> <p>1. Ваш диагноз: 2. Лабораторные методы исследования? 3. Дополнительные методы исследования? 4. Необходимо ли иммунологическое исследование крови? 5. Лечение?</p>	<p>иммуноглобулинов, иммунных комплексов, количества В- и Т-лимфоцитов, ревматоидного фактора, волчаночных клеток.</p> <p>5. Консервативное.</p>		
42	<p>У больной 22 лет с жалобами на слабость, недомогание, снижение работоспособности, боли в животе, учащение стула до 6 раз в сутки при ирригоскопии кишечника выявлены следующие признаки: а) сегментарность поражения толстой кишки б) наличие нормальных участков кишки между пораженными сегментами в) неровный контур кишки г) продольные язвы и рельеф слизистой, напоминающий "булыжную мостовую".</p> <p>1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования вам необходимы? 3. Вид лечения 4. Какие препараты вы будете использовать? 5. Преимущественный путь введения?</p>	<p>1. Болезнь Крона. 2. RRS, колоноскопия. 3. Консервативное. 4. Препараты 5-АСК, топические ГКС, витаминотерапия, симптоматическое лечение. 5. Per rectum и per os.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8
43	<p>У больной 62 лет,</p>	<p>1. Болезнь Крона с</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5,

	<p>длительно страдающей болезнью Крона, в течение последних 3 месяцев отмечаются периодически схваткообразные боли в животе с задержкой стула и газов, запоры, метеоризм. Проведенное рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригоскопия) выявила сегментарное сужение поперечной ободочной кишки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. О каком осложнении заболевания идет речь? 3. Дополнительные методы исследования? 4. Какое лечение показано? 5. Показания к операции и ее объем? 	<p>поражением поперечно-ободочной кишки, субкомпенсированная стриктура поперечно-ободочной кишки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Воспалительная стриктура поперечно-ободочной кишки. 3. ФКС с биопсией места стриктуры (дифференциальный диагноз с cancer colon). 4. Рентгенографию брюшной полости или УЗИ. 5. При неэффективности консервативной терапии – оперативное лечение в срочном порядке (резекция стриктуры). 		ПК 6, ПК8
44	<p>Больной 27 лет заболел остро, когда без видимой причины появилась высокая температура, частый стул с кровью до 10-15 раз, боли в животе. Через 10 дней оперирован по поводу острого аппендицита (в виду того, что при УЗ исследовании был найден утолщенный червеобразный отросток с наличием жидкости вокруг него). После операции, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, клиника оставалась. Значительно потерял массу тела, анемичен. Консультирован инфекционистом, который исключил инфекционные заболевания. Лишь через два месяца от начала заболевания осмотрен</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Болезнь Крона. 2. Препараты 5-АСК, топические ГКС, витаминотерапия, симптоматическое лечение. 3. При остром аппендиците не характерен жидкий стул, не данных гистологического исследования аппендикулярного отростка. 4. УЗИ органов брюшной полости, включая ободочную кишку, согласно ее проекции на переднюю брюшную стенку. ФЭГДС. Пальцевое исследование прямой кишки, anosкопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия с биопсией и гистологическим исследованием биоптатов. 5. только при неэффективности терапии и 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>колопроктологом, произведена ректоскопия, на которой выявлены изменения слизистой прямой кишки в виде "бульжной мостовой".</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое заболевание необходимо заподозрить у больного? 2. Какое лечение необходимо провести больному? 3. Какая ошибка допущена врачами первичного звена? 4. Дополнительные исследования? 5. Показано ли данному больному оперативное лечение? 	<p>формировании инфильтратов, стриктур или кишечных свищей.</p>		
45	<p>У больной 28 лет после эмоционального стресса возникли тянущие боли по ходу ободочной кишки, стул до 6 раз в сутки с примесью слизи, тенезмы, вздутие живота, при RRS на всем осмотренном участке явления воспаления по типу бульжной мостовой.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. План обследования? 3. Какое лечение необходимо провести больной? 4. Есть ли, по вашему мнению показания к операции? 5. Профилактика обострений данного заболевания? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Болезнь Крона? Язвенный колит? 2. RRS, ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови. 3. Базисная терапия: препараты 5-АСК. ГКС, симптоматическая терапия. 4. Нет. 5. Диета, профилактический прием в весенне-осенний период препаратов 5-АСК. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8
46	<p>Больной 42 лет лечился у уролога от простатита в течение 3 месяцев. Эндоректально применялся аппарат теплового лечения ППК - 01 "Пра".</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Несвоевременная консультация проктолога, следовало консультировать до лечения простатита. 2. Пальцевое 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>Обследование больного было ограничено лишь пальцевым исследованием прямой кишки. В виду неэффективности лечения был консультирован колопроктологом.</p> <p>Выполнена ректороманоскопия - выявлена циркулярная опухоль прямой кишки на высоте 11 см. Взята биопсия. Гистологическое заключение - низкодифференцированная аденокарцинома прямой кишки. Данных за отдаленные метастазы не выявлено.</p> <p>1. Какие ошибки были допущены врачом урологом?</p> <p>2. С какого обследования следует начинать в поликлинике?</p> <p>3. Стандарт обследования толстой кишки?</p> <p>4. Какой возможный тип операции предстоит больному?</p> <p>5. Дифференциальная диагностика при кровотечении из прямой кишки?</p>	<p>обследование.</p> <p>3. Пальцевое обследование, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия.</p> <p>4. Возможно выполнение брюшно-анальной резекции.</p> <p>5. Рак прямой кишки. Хроническая анальная трещина. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона.</p>		
47	<p>Больная 55 лет в течение 2 лет страдает анемией с уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина периферической крови соответственно до $3,2 \cdot 10^{12}/л$, 96 г/л. Наблюдалась у терапевта по месту жительства, проводилась ФГС осматривалась гинекологом. Проводилось лечение витаминами, препаратами железа с</p>	<p>1. Не возникла онкологическая настороженность на рак толстой кишки.</p> <p>2. Пальцевое обследование, ректороманоскопия, колоноскопия, биопсия, ирригоскопия.</p> <p>3. Левостороннюю гемиколэктомию, с последующей химиотерапией.</p> <p>4. Пальцевое</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

<p>незначительным эффектом. В виду сухого кашля, боли в грудной клетке под лопаткой произведена рентгенография легких, которая выявила одиночный метастаз в корень правого легкого диаметром до 2 см. При дальнейшем обследовании диагностирована опухоль левого изгиба ободочной кишки (гистологическое строение аденокарцинома). Метастазов в другие органы не обнаружено. Больная физически крепкая женщина, сохранна.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая ошибка допущена терапевтом поликлиники? 2. Какие методы обследования необходимо было провести в поликлинике? 3. Какое лечение необходимо провести больной? 4. С какого обследования следует начинать в поликлинике? 5. Дифференциальная диагностика при кровотечении из прямой кишки? 	<p>обследование, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия.</p> <p>5. Рак прямой кишки. Хроническая анальная трещина. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона.</p>		
<p>Больной 29 лет поступил в колопроктологическое отделение клиники с жалобами на боли в левой половине живота, периодически функционирующий свищ в левой поясничной области. Четыре месяца назад в хирургическом отделении был вскрыт паранефрит, после чего сформировался свищ с выделением слизи, гноя, газов. Произведена</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прорастание опухоли в забрюшинную клетчатку с образованием свища. 2. Ректороманоскопию, колоноскопию, ирригоскопию, биопсию. 3. Кровотечение, кишечная непроходимость. 4. Слабость прогрессирующая, анемия, похудание. 5. При симптоматическом лечении 	<p>ТК ГИА</p>	

	<p>фистулография, на которой отмечается попадание контраста в нисходящую ободочную кишку. При дальнейшем обследовании обнаружена аденокарцинома нисходящего отдела ободочной кишки. Оперирован. На операции местно неудаляемая опухоль, прорастающая забрюшинную клетчатку с образованием свища, с метастазами в печени. Наложена обходной трансверзосигмоанастомоз.</p> <p>1. Какое осложнение опухоли толстой кишки наступило у больного?</p> <p>2. Какие методы обследования необходимо было провести больному в хирургическом отделении?</p> <p>3. Какие еще осложнения опухоли толстой кишки возможны у пациентов?</p> <p>4. Какие общие симптомы опухоли толстой кишки остались без внимания?</p> <p>5. Каков прогноз в данном случае?</p>	<p>продолжительность жизни исчисляется месяцами.</p>		
48	<p>Больной 67 лет поступил в клинику с жалобами на отсутствие самостоятельного стула и отхождение газов в течение недели (только с клизмой с небольшим эффектом), сильные боли в животе. Заболел три месяца назад, когда появились периодические схваткообразные боли в животе, вздутия, плохое отхождение газов и кала; резко похудел. За</p>	<p>1. Рак сигмы, осложненный кишечной непроходимостью.</p> <p>2. Пальцевое, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, биопсия.</p> <p>3. Экстренная операция: лапаротомия, ревизия, устранение непроходимости через колостому и резекция кишки с опухолью в зависимости от стадии заболевания.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>медицинской помощью не обращался. За 12 часов до поступления боли в животе резко усилились, стали носить постоянный характер, появилась рвота. Врачебной бригадой скорой помощи госпитализирован в клинику. При осмотре состояние больного тяжелое. Живот вздут, резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины, тахикардия, в проекции сигмовидной кишки пальпируется болезненное опухолевидное образование размерами 5 на 7 см.</p> <p>1. О каком заболевании можно думать у данного больного?</p> <p>2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?</p> <p>3. Какое лечение необходимо провести больному?</p> <p>4. Когда можно закрыть колостому?</p>	<p>4. При отсутствии метастазов в органах брюшной полости через 4 -6 месяцев.</p>		
49	<p>о . Через 7 дней после резекции тонкой кишки по поводу спаечной кишечной непроходимости у больного появились боли в области раны. Повязка обильно промокла тонкокишечным содержимым При перевязке кожа в окружности раны отечна гиперемирована, в дне раны находятся петли тонкой кишки. В одной из них имеется дефект размером 1,5x0,5 см, через которой выделяется кишечное содержимое.</p>	<p>1. Поздняя несостоятельность межкишечного анастомоза. Неполный наружный несформированный свищ тонкой кишки, открывающийся в гнойную рану, осложнений обменными нарушениями и дерматитом.</p> <p>2. Для выявления уровня свища необходимо per os ввести раствор метиленовой синьки и</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК8

	<p>Через два дня состояние больной ухудшилось. Беспокоит жажда, слабость, головокружение. Пульс 120 в мин., АД 100/40 мм.рт.ст. Был стул. Мочеиспускание 2 раза в сутки. Количество кишечногоотделяемого из раны достигает 500 мл.</p> <p>1. Какое послеоперационное осложнение у больной?</p> <p>2. Укажите вид, характер и уровень осложнения?</p> <p>3. Какое местное лечение можно применить?</p> <p>4. Укажите основные направления медикаментозного лечения в данном случае.</p>	<p>проследить время ее появления через свищ.</p> <p>3. Временная обтурация свища противопоказана. Предпочтительней "открытое ведение раны" (аспирация кишечного содержимого в ране, в качестве местного лечения применяются различные пасты, для защиты кожного покрова от воздействия кишечных ферментов).</p> <p>4. Восполнение потери жидкости, электролитов, белка, введение глюкозы и витаминов.</p>		
50	<p>Больной Н., 60 лет, оперирован по поводу заворота тонкой кишки. Послеоперационный период дважды осложнялся эвентрацией кишечника. На 20-й день после операции в рану стало отделяться гнойнокишечное отделяемое. Состояние тяжелое. Истощен, дефицит веса 37%. Кожа на всем протяжении передней брюшной стенки мацерирована. На передней стенке живота по средней линии гнойная рана размером 10x16 см, дном которой являются петли кишечника, имеющие 4 отверстия диаметром от 1 до 3 см. Из раны — обильное гнойнокишечное</p>	<p>1. Множественные, неполные, несформированные, наружные тонкокишечные свищи, открывающийся в гнойную рану, осложненные обменными нарушениями и дерматитом.</p> <p>2. Лечение: ежедневное внутривенное вливание белковых кровезаменителей, 10%-ного раствора глюкозы с витаминами, инсулином, растворов хлористого калия, кальция и натрия, гемотрансфузии, антибиотикотерапия.</p> <p>3. Операция: двустороннее выключение петли тощей кишки, несущей свищ. Анастомоз конец в конец.</p> <p>4. Через 4 месяца экстирпация ранее</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

<p>отделяемое с примесью желчи. Температура тела 37,9°C. Анализ крови: эр.—3,88*10¹², НЬ—100 г/л, л. —6,7-109</p> <p>Лейкоцитарная формула: э.—</p> <p>Г^о, п.— 6, с.— 68, лимф.— 15%, моно.— 10%, СОЭ — 28/44 мм/ч. Общий белок крови — 40,0 г/л. Объем циркулирующей крови — 2502 мл. Объем циркулирующей плазмы — 1400 мл. Хлориды крови — 50 ммоль/л. Проба Квика — 51,2%.</p> <p>Полупериод выделения бромсульфалеина — 1 мин. Сахарная кривая патологическая.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести? 3. Какую первую операцию планировать? 4. Какую следующую операцию планировать? 5. Прогноз? 	<p>выключенной петли тощей кишки, пластика передней брюшной стенки.</p> <p>5. Можно надеяться на выздоровление.</p>		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

2. Производственная (клиническая) практика – симуляционный курс

Коды формируемых компетенций: ПК-5, ПК-6, ПК-7

Практические навыки

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1	Основы интенсивной терапии и реанимации	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-7
2	Прием Геймлиха	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-7
3	Анафилаксия (анафилактический шок, отек Квинке, крапивница)	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-7
4	Организация и оказание помощи при ДТП и ЧС	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-7
5	Физиология родового акта. Варианты нормального биомеханизма родов (при переднем и заднем виде затылочного предлежания) – муляж таза и манекен плода, симулятор родов.	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-7
6	Анализ ЭКГ с гипертрофиями различных отделов сердца	ВК ТК ГИА	ПК-5
7	Анализ ЭКГ при нарушениях ритма сердца	ВК ТК ГИА	ПК-5
8	Анализ ЭКГ при нарушениях проводимости сердца	ВК ТК ГИА	ПК-5
9	Анализ ЭКГ при инфаркте миокарда	ВК ТК ГИА	ПК-5

3. Производственные (клинические) практики

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-12, УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10

Практические навыки

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1	Владеть методикой аппендэктомии	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
2	Владеть методикой грыжесечения и пластики грыжевого дефекта	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
3	Владеть первичной и вторичной обработкой ран	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
4	Владеть навыками удаления доброкачественных образований поверхностной локализации	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
5	Владеть навыками вскрытия, санации и дренирования гнойных процессов (абсцессов, флегмон, панарициев, маститов, и др.)	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
6	Уметь ушивать прободную язву желудка по Неймарку	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
7	Владеть навыками выполнения лапаротомии и торакотомии при травмах органов брюшной полости и грудной клетки	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
8	Владеть навыками дренирования плевральной полости	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
9	Уметь ушивать рану легкого	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,
10	Уметь выполнять пункции суставов, бурситов, гематом	ТК, ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11,

4. Клиническая лабораторная диагностика

Коды формируемых компетенций: УК-1, ПК-2, ПК-5

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	ПОСУДУ С БИОМАТЕРИАЛОМ ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ: 1) собирают в баки 2) обеззараживают автоклавированием 3) обрабатывают дезинфицирующим раствором 4) обрабатывают кипячением 5) все перечисленное верно	5	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
2.	ПРИ РАБОТЕ В КДЛ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ОСТАВЛЯТЬ НА СТОЛАХ: 1) нефиксированные мазки 2) чашки Петри, пробирки и др. 3) посуду с инфекционным материалом 4) метиловый спирт 5) все перечисленное	5	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
3.	ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАТИВНОГО ПРЕПАРАТА, ПРИГОТОВЛЕННОГО ИЗ СЛИЗИ, ОБНАРУЖЕННОЙ В ЖЕЛЧИ, ПРОВОДЯТ: 1) через 20-30 минут 2) через 2-3 часа 3) через 5-10 минут 4) немедленно 5) правильного ответа нет	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
4.	ПОСЛЕ КАЖДОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОЛЖНЫ ПОДВЕРГАТЬСЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ 1) лабораторная посуда (капилляры, предметные стекла, пробирки, меланжеры, счетные камеры и т. д.). 2) резиновые груши, баллоны 3) лабораторные инструменты 4) кюветы измерительной аппаратуры, пластиковые пробирки 5) все перечисленное:	5	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
5.	КАКОЙ ЦВЕТ КРЫШКИ СООТВЕТСТВУЕТ ПРОБИРКЕ ДЛЯ ЗАБОРА КРОВИ НА БИОХМИЮ 1) голубой 2) зеленый 3) красный	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5

	4) бледно-желтый 5) серый			
6.	КАКОЙ ЦВЕТ КРЫШКИ СООТВЕТСТВУЕТ ПРОБИРКЕ ДЛЯ ЗАБОРА КРОВИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ 1) голубой 2) зеленый 3) красный 4) фиолетовый 5) серый	4	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
7.	СОСТАВ ВАКУУМНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ЗАБОРА ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ВКЛЮЧАЕТ НЕСКОЛЬКО КОМПОНЕНТОВ. УКАЖИТЕ, КАКОЙ КОМПОНЕНТ ЛИШНИЙ 1) многоразовый держатель 2) двусторонняя игла 3) шприц 4) пробирка-вакутейнер 5) жгут	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
8.	ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДЛЕННОГО МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛЧИ, ЖЕЛЧЬ МОЖНО: 1) поставить в холодильник 2) поставить в теплую водяную баню 3) поставить в термостат 4) добавить консерванты (10% формалин, 10% ЭДТА, трасилол) 5) все перечисленное	4	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
9.	КАКОЙ АНТИКОАГУЛЯНТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ КОАГУЛОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ 1) цитрат натрия 2) ЭДТА 3) гепарин-натриевая соль 4) гепарин литиевая соль 5) любой	1	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
10.	В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ОТЛИЧИИ ОТ ПЛАЗМЫ ОТСУТСТВУЕТ: 1) фибриноген 2) альбумин 3) комплемент 4) калликреин 5) антитромбин	1	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
11.	ОТНОСИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО РЕТИКУЛОЦИТОВ (%) ОТРАЖАЕТ	3	ВК ТК	ПК-2, ПК-5

	<p>СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) RBC 2) WBC 3) RET 4) Plt 5) MRV 		ГИА	
12.	<p>РЕТИКУЛОЦИТОЗ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) апластической анемии 2) гипопластической анемии 3) гемолитических синдромах 4) метастазах рака в кость 5) гиперпластических анемиях 	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
13.	<p>АБСОЛЮТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. количество лейкоцитов в мазке периферической крови 2. количество лейкоцитов в 1 л крови 3. процентное содержание отдельных видов лейкоцитов 4. количество нейтрофилов в мазке периферической крови 5. количество гранулоцитов в 1л крови 	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
14.	<p>ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ ПРИ БОЛЬШИНСТВЕ ИНФЕКЦИОННЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличением содержания грубодисперсных белков 2) уменьшением объема жидкой части крови 3) уменьшением содержания грубодисперсных белков 4) бактериемией 5) токсемией 	1	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
15.	<p>ПРЕРЕНАЛЬНЫЕ ПРОТЕИНУРИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повреждением базальной мембраны 2) усиленным распадом белков тканей 3) попаданием воспалительного экссудата в мочу при заболевании мочевыводящих путей 4) повреждением канальцев почек 5) всеми перечисленными факторами 	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
16.	<p>РЕНАЛЬНЫЕ ПРОТЕИНУРИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нарушением фильтрации и реабсорбции белков 2) диспротеинемией 3) попаданием экссудата при воспалении мочеточников 4) почечными камнями 	1	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5

	5) всеми перечисленными факторами			
17.	<p>ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <p>1) прохождением через неповрежденный почечный фильтр белков низкой молекулярной массы</p> <p>2) фильтрацией нормальных плазменных белков через поврежденный почечный фильтр</p> <p>3) нарушением реабсорбции белка в проксимальных канальцах</p> <p>4) попаданием воспалительного экссудата в мочу при заболевании мочевыводящих путей д. всеми перечисленными факторами</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
18.	<p>ДИАГНОЗ "САХАРНЫЙ ДИАБЕТ" МОЖНО ПОСТАВИТЬ, ЕСЛИ В ЦЕЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ СОСТАВЛЯЕТ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА:</p> <p>1) натощак и через 2 часа свыше 5,5 ммоль/ч</p> <p>2) натощак и через 2 часа свыше 6,7 ммоль/ч</p> <p>3) натощак свыше 6,7 ммоль/ч, через 2 часа свыше 11,0 ммоль/ч</p> <p>4) глюкоза крови не меняется при проведении сахарной нагрузки</p> <p>5) глюкоза крови не меняется при внутривенном введении инсулина</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
19.	<p>УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ЦЕЛЮЮ:</p> <p>1) диагностики сахарного диабета</p> <p>2) оценки уровня контринсулярных гормонов</p> <p>3) характеристики гликозилирования плазменных белков</p> <p>4) оценки поражения сосудов</p> <p>5) оценки инсулинсинтезирующей функции поджелудочной железы</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
20.	<p>УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ОТРАЖАЕТ:</p> <p>1) степень ишемии тканей при диабете</p> <p>2) тяжесть поражения печени</p> <p>3) выраженность диабетических ангиопатий</p> <p>4) суммарную степень нарушения углеводного обмена в течение 4-6 недель, предшествующих исследованию</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5

	5) уровень гипергликемии после приема пищи			
21.	ПРЕРЕНАЛЬНЫЕ ПРОТЕИНУРИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ 1) повреждением базальной мембраны 2) усиленным распадом белков тканей 3) попаданием воспалительного экссудата в мочу при заболевании мочевыводящих путей 4) повреждением канальцев почек 5) образованием камней в мочевыводящих путях	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
22.	В НОРМЕ В МОЧЕ МОГУТ ПРИСУТСТВОВАТЬ ЕДИНИЧНЫЕ 1) зернистые цилиндры 2) восковидные цилиндры 3) гиалиновые цилиндры 4) эритроцитарные цилиндры 5) лейкоцитарные цилиндры	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
23.	ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ НАЛИЧИЕ КРОВИ В ПЕРВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ: 1) уретры 2) мочевого пузыря 3) мочеточников 4) почечных лоханок 5) мочевых канальцев	1	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
24.	ОТНОСИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО РЕТИКУЛОЦИТОВ (%) ОТРАЖАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ 1) RBC 2) WBC 3) RET 4) Plt 5) MRV	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
25.	РЕТИКУЛОЦИТОЗ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1) апластической анемии 2) гипопластической анемии 3) острым лейкозе 4) метастазах в костный мозг 5) гемолитических синдромах	5	ВК ТК ГИА	
26.	АБСОЛЮТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ - ЭТО 1) количество лейкоцитов в мазке периферической крови 2) количество лейкоцитов в 1 л крови 3) процентное содержание отдельных видов лейкоцитов 4) количество нейтрофилов в мазке	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5

	периферической крови 5) количество гранулоцитов в 1л крови			
27.	В СОСТАВЕ ГАММА-ГЛОБУЛИНОВ БОЛЬШЕ ВСЕГО ПРЕДСТАВЛЕНО 1) Ig M 2) Ig G 3) Ig A 4) Ig E 5) Ig D	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
28.	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГАПТОГЛОБИНА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАК 1) показатель гемолитических состояний 2) участие в реакции острой фазы 3) участие в реакции иммунитета 4) участие в свертывании крови 5) показатель белок-синтетической функции	1	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
29.	ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА В-ЛИМФОЦИТОВ 1) CD3+ 2) CD3+CD4+ 3) CD3+CD8+ 4) CD19+ 5) CD56+	4	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
30.	В ОСТРОЙ ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО ВОЗРАСТАЕТ СОДЕРЖАНИЕ 1) иммуноглобулинов 2) циркулирующих иммунных комплексов 3) С-реактивного белка 4) серомукоидов 5) В-лимфоцитов	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
31.	ФЕРМЕНТОДИАГНОСТИКУ ИНФАРКТА МИОКАРДА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПО ИЗМЕНЕНИЮ В СЫВОРОТКЕ 1) АСТ, АЛТ, ХЭ 2) АЛТ, КК, ЛДГ 3) КК, ЛДГ, ГГТП 4) ЛДГ, ХЭ, ГГТП 5) АСТ, ЛДГ-1, ВМ-КК	5	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
32.	ФЕРРИТИН СОДЕРЖИТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В 1) печени 2) поджелудочной железе 3) эритроцитах 4) желудке 5) почках	1	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5

33.	ОБЩАЯ ЖЕЛЕЗОСВЯЗЫВАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ СЫВОРОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ В СЫВОРОТКЕ 1) железа 2) трансферрина 3) ферритина 4) церулоплазмина 5) гаптоглобина	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
34.	ДЛЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ХАРАКТЕРНО 1) снижение рН 2) снижение парциального давления углекислого газа (рСО ₂) 3) увеличение избытка оснований (ВЕ) 4) снижение буферных оснований (ВВ) 5) повышение парциального давления углекислого газа (рСО ₂)	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
35.	К ГИПЕРПРОТЕИНЕМИИ ПРИВОДЯТ 1) синтез патологических белков (парапротеинов) 2) гипергидратация 3) снижение всасывания белков в кишечнике 4) повышение проницаемости сосудистых мембран 5) усиление катаболических процессов	1	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
36.	ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕПТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ 1) СРБ 2) прокальцитонин 3) NTproBNP 4) церулоплазмин 5) гаптоглобин	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
37.	ПРИ ПРОДУКЦИОННОЙ АЗОТЕМИИ ПРЕОБЛАДАЮТ 1) индикан 2) креатин 3) мочевины 4) креатинин 5) аминокислоты	5	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
38.	"КАТАЛ" - ЭТО ЕДИНИЦА ОТРАЖАЮЩАЯ 1) константу Михаэлиса-Ментен 2) концентрацию фермента 3) концентрацию кофермента 4) активность фермента	4	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5

	5) коэффициент молярной экстинкции			
39.	НОРМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ 1) 53 - 97 мкмоль/л 2) 40- 120 мкмоль/л 3) 40- 132 мкмоль/л 4) 0,040 -0,132 ммоль/л 5) 0,060-0,120 ммоль/л	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
40.	ПРЕДПОЛАГАЮТ ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ НАХОДИТСЯ МЕЖДУ ВЕЛИЧИНАМИ 1) 5,5-6,4 ммоль/л 2) 8,6-12,0 ммоль/л 3) 3,3-5,5 ммоль/л 4) 5,5-7,8 ммоль/л 5) 7,8-11,1 ммоль/л	5	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
41.	РЕТИКУЛОЦИТОЗ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ 1) апластической анемии 2) гипопластической анемии 3) гемолитических синдромах 4) метастазах рака в кость 5) гиперпластических анемиях	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
42.	ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА: 1) прохождением через неповрежденный почечный фильтр белков низкой молекулярной массы 2) фильтрацией нормальных плазменных белков через поврежденный почечный фильтр в. нарушением реабсорбции белка в проксимальных канальцах 3) попаданием воспалительного экссудата в мочу при заболевании мочевыводящих путей 4) всеми перечисленными факторами	4	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
43.	ДИАГНОЗ "САХАРНЫЙ ДИАБЕТ" МОЖНО ПОСТАВИТЬ, ЕСЛИ В ЦЕЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ СОСТАВЛЯЕТ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА: 1) натощак и через 2 часа свыше 5,5 ммоль/ч 2) натощак и через 2 часа свыше 6,7 ммоль/ч 3) натощак свыше 6,7 ммоль/ч, через 2 часа свыше 11,0 ммоль/ч 4) глюкоза крови не меняется при	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5

	проведении сахарной нагрузки 5) глюкоза крови не меняется при внутривенном введении инсулина			
44.	УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ: 1) диагностики сахарного диабета 2) оценки уровня контринсулярных гормонов 3) характеристики гликозилирования плазменных белков 4) оценки поражения сосудов 5) оценки инсулинсинтезирующей функции поджелудочной железы	5	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5

Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Уметь подготовить систему к забору крови.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
2.	Получить сыворотки и плазму.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
3.	Уметь работать стеклянными и автоматическими пипетками.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
4.	Умение пересчитывать ранее употребляемые единицы в международные и интернациональные.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
5.	Приготовить нативный препарат из различного биологического материала (жидкого, вязкого, плотного).	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
6.	Приготовить и зафиксировать препарат.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
7.	Умение пересчитывать ранее употребляемые единицы в международные и интернациональные.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
8.	Знать правила подготовки пациента и биологического материала для исследования.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
9.	Приготовить и зафиксировать препарат.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
10.	Провести подсчет элементов в камере Горяева.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
11.	Провести подсчет элементов в камере Фукса-Розенталя	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
12.	Провести лабораторное обследование больных с помощью экспресс-методов	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
13.	Оценить клиническую значимость результатов анализа крови, исследования мочи, иммуноферментного исследования.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
14.	На основании интерпретации данных анализа крови, исследования мочи, иммуноферментного исследования поставить лабораторный диагноз, определить необходимость и предложить программу дополнительного обследования больного.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
15.	Составить план лабораторного обследования пациента на этапе профилактики, диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
16.	Уметь приготовить необходимые реактивы. Уметь подготовить тест-систему к работе.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
17.	Правильно эксплуатировать термостаты, центрифуги.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
18.	Уметь провести определение билирубина в сыворотке крови и моче.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
19.	Уметь провести определение триглицеридов, холестерина, ЛПВП ЛПНП в сыворотке крови.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

20.	Знать определение апобелков А и В в сыворотке крови.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
21.	Уметь рассчитать индекс атерогенности по липидному и белковому компонентам ЛП.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>Имеются анализы: Глюкоза сыворотки крови - 126 мг%</p> <p>Глюкоза сыворотки крови – 4,6 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дать оценку изменения показателя 2. Что необходимо сделать, чтобы старые единицы перевести в систему СИ 3. Какой размерности соответствует величина активности фермента, выраженная в Е/л 4. Какой размерности соответствует величина активности фермента, выраженная в нкат 5. Что необходимо сделать, чтобы старые единицы выражения количества белка в г% перевести в массовую концентрацию г/л 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. $126 \text{ мг}\% \times 0,055 = 6,93 \text{ ммоль/л.}$ Концентрация глюкозы снизилась. 2. Необходимо старые единицы умножить на коэффициент пересчета. 3. мкмоль/м. Л. 4. нмоль/с.л. 5. Умножить на 10. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
2.	<p>При обследовании больного в динамике были получены результаты активности фермента АЛТ исследование 0,42 мккат</p> <p>2 исследование 1,5 мкмоль/м.л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перевести мккат в мкмоль/м.л 2. Дать оценку изменения показателя 3. Что необходимо знать, чтобы рассчитать коэффициент перевода старых единиц в новые 4. Вакутейнеры с каким цветом крышки необходимо взять для забора крови на 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. $\text{мккат} \times 60 = \text{мкмоль/м.л.}$ (25,2 мкмоль/м.л). 2. Активность фермента снизилась. 3. Знать молекулярную массу вещества. 4. Красная крышка. 5. На 10. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

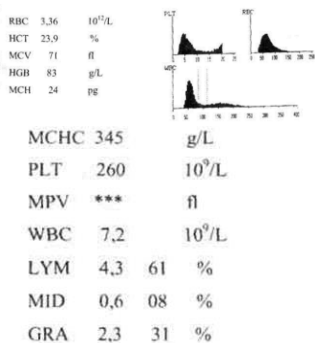
	<p>биохимические методы исследования</p> <p>5. На сколько отличаются между собой концентрации в г% и г/л</p>			
3.	<p>При обследовании больного в динамике были получены результаты активности фермента щелочной фосфотазы</p> <p>исследование 120 у/л</p> <p>исследование 118 мкмоль/м.л</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какова размерность величины у/л 2. Дать оценку изменения показателя 3. Какую порцию утренней мочи рекомендуется брать на исследование 4. Что необходимо сделать перед сбором мочи 5. Можно ли использовать для анализа мочу, взятую из горшка, утки ... 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. мкмоль/м.л 2. Изменений нет. 3. Всю порцию утренней мочи. 4. Перед сбором мочи проводят тщательный туалет наружных половых органов. Лежачих больных предварительно подмывают слабым раствором марганцевокислого калия, затем промежность вытирают сухим стерильным ватным тампоном в направлении от половых органов к заднему проходу. 5. Нет, так как даже после прополаскивания этих сосудов может сохраняться осадок фосфатов, способствующих разложению свежей мочи. 	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
4.	<p>Имеются анализы:</p> <p>Глюкоза сыворотки крови - 126 мг%</p> <p>Глюкоза сыворотки крови – 7,6 ммоль/л</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дать оценку изменения показателя 2. При каком питьевом режиме собирают суточную мочу 3. Из чего состоит система Vacuette для взятия мочи 4. В каком месте позвоночника проводится люмбальная пункция 5. Как готовится пациент перед исследованием отделяемого женских 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первое исследование составляло 6,93 ммоль/л. Идет нарастание показателя. 2. При обычном питьевом режиме. 3. Система состоит из: Одноразового контейнера на 100 мл , Специального держателя , Вакуумной пробирки. 4. Люмбальную пункцию производят между остистыми отростками III и IV или IV и V поясничных позвонков. 5. В течение 24 ч перед исследованием 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	половых органов	исключается спринцевания и применение внутривагинальных терапевтических средств.		
5.	Имеются анализы: Триглицериды сыворотки крови -165 мг% Триглицериды сыворотки крови – 7,6 ммоль/л. Вопросы: 1. Дать оценку изменения показателя 2. Через какое время необходимо центрифугировать кровь для получения сыворотки 3. Через какое время берется кровь на исследование липидного обмена, чтобы можно было исключить «преаналитический» хилез 4. Что может быть при преждевременном центрифугировании пробы крови 5. Какая размерность активности фермента, выраженная в нкат	Ответы: 1. 165 мг% соответствует 1,82 ммоль/л. Показатель резко увеличился. 2. Через 30-45 минут, когда формирование сгустка заканчивается. 3. Натощак, через 12- 14 часов голодания. 4. Возможно продолжение образования фибрина, что может привести к сбою работы анализатора. 5. ммоль/с.л	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
6.	Суточное количество мочи 400 мл. Моча красно-бурого цвета (цвет «мясных помоев»), мутная, относительная плотность 1,028, реакция кис-лая, белка 9,8 г/л. В осадке: лейкоцитов 5-6; эритроцитов 100 и более, свежие и выщелоченные — в поле зрения; клетки почечного эпителия 3—4 в поле зрения; цилиндры гиалиновые, зернистые, эпителиальные — еди-ничные в поле зрения. Вопросы: О каких заболеваниях можно подумать при следующих анализах мочи?	Ответы: Острый гломерулонефрит	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
7.	Суточное количество мочи 3500 мл. Моча светло-желтого	Ответы: Сахарный диабет	ТК ГИА	УК-1, ПК-2,

	<p>цвета, рез-ко кислой реакции, относительная плотность 1,048, белка нет, качественная реакция на глюкозу и кетоновые тела положительная. Количество глюкозы 12 ммоль/л. В осадке: единичные клетки плоского эпителия и лейкоциты в поле зрения.</p> <p>Вопросы: О каких заболеваниях можно подумать при следующих анализах мочи?</p>			ПК-5
8.	<p>Девушка, 20 лет. В течении двух лет наблюдается с диагнозом «апластическая анемия». Поступила на плановое лечение в гематологическое отделение. При поступлении выполнен анализ на автоматическом гематологическом анализаторе. Получены следующие результаты: RBC 2,80 10¹²/л; HCT 21,8%; MCV 78fl; HGB 79 g/l; MCH 28 pg ; MCHC 359g/l; PLT 71 10⁹/л; MPV *** fl; WBC 8,4 10⁹/л; LYM 7,2 87%; MID 0.8 09%; GRA 0,4 04%.</p> <p>Вопросы: 1. Оценить гемограмму. 2. Дополнительные методы исследования. 3. Ожидаемый результат дополнительных методов исследования. 4. Причины развития апластической анемии. 5. Прогноз апластических анемий.</p>	<p>Ответы: 1. WBC: Значительное преобладание лимфоцитов. RBC: Анемия. PLT: Тромбоцитопения. 2. Необходимо провести микроскопию мазка крови. 3. Эритроциты: большинство клеток без выраженной патологии. Тромбоциты: выраженная тромбоцитопения. 4. В ряде случаев апластические анемии выявляются после приема некоторых лекарств и химических веществ, обладающих миелотоксическим действием. У большинства больных апластическая анемия возникает без воздействия явных токсических факторов. Часть случаев такой идиопатической апластической анемии, по всей вероятности, служит проявлением аутоагрессии против антигена клеток костного мозга. Можно предполагать, что те формы апластической</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

		<p>анемии, которые протекают с признаками повышенного гемолиза, с увеличенной селезенкой, небольшим ретикулоцитозом, раздражением красного ростка костного мозга и четким эффектом от применения больших доз глюкокортикоидных гормонов, относятся к аутоиммунной панцитопении.</p> <p>Лимфоциты костного мозга больных апластической анемией могут нарушать дифференциацию гранулоцитов и пролиферацию клеток костного мозга.</p> <p>5. Ремиссию удается получить примерно у половины больных. Прогноз несколько лучше у детей, чем у взрослых. Наличие большого количества жира в костном мозге не говорит о необратимости процесса. Бывают случаи, когда и у таких больных наступает полная ремиссия и полная репарация костномозгового кроветворения. Прогноз лучше, когда увеличено содержание ретикулоцитов, когда в костном мозге имеется более полиморфная картина, когда имеется небольшое увеличение размеров селезенки и хотя бы небольшой, но четкий эффект от кортикостероидных гормонов. В этих случаях</p>		
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		спленэктомия оказывает чаще хороший эффект вплоть до полного выздоровления. У части больных апластический синдром является началом острого лейкоза. Иногда признаки гемобластоза выявляются лишь через несколько лет от начала болезни.		
9.	<p>Мальчик, 3 года, с рождения наблюдается с диагнозом «гемо-литическая анемия». Перемежающейся желтуха связана с недомоганием, воздействием холода, эмоциональным стрессом.</p> <p>При микроскопии мазка крови: эритроциты: анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++, микроцитоз ++, сфероцитоз ++.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценить гемограмму. 2. Дополнительные методы исследования. 3. Ожидаемый результат дополнительных методов исследования. 4. Предполагаемый диагноз. 5. Патогенез заболевания 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лейкоцитоз. Абсолютный и относительный лимфоцитоз. Относительная нейтропения. Признаки микроцитарной анемии. Тромбоциты в норме. Ложное увеличение количества тромбоцитов связано с микроцитарной интерференцией. Правый пик гистограммы образован микроцитами, ложно завышающими количество тромбоцитов. 2. Необходимо оценить осмотическую резистентность эритроцитов. Б/х анализ крови: ЛДГ, билирубин, АлТ, АсТ, гаптоглобин. ОАМ. 3. Осмотическая резистентность эритроцитов снижена. Характерно увеличение концентраций сывороточной ЛДГ, непрямого билирубина, снижение содержания сывороточного гаптоглобина и повышение концентрации уробилиногена в моче. АлТ, АсТ в норме. 4. Наследственный сфероцитоз (болезнь 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5



		Минковского-Шоффара) 5. Повышенная деструкция эритроцитов, являющаяся результатом дефицита или патологии одного, либо нескольких белков мембраны эритроцитов. Гемолиз внутриклеточный		
10.	Женщина, 81 год. Поступила в хирургическое отделение с указанием на желудочно-кишечное кровотечение. Через 12 часов после переливания крови, для контроля уровня гемоглобина, выполнен анализ на автоматическом гематологическом анализаторе. Получены следующие результаты: RBC 4.61 10 ¹² /л; HCT 33.2%; MCV 72fl; HGB 95 g/l; MCH 20 pg ; MCHC 287g/l; PLT 665 10 ⁹ /л; MPV *** fl; WBC 9.5 10 ⁹ /л; LYM 2.5 27%; MID 0.7 07%; GRA 6.3 66 %. Вопросы: 1. Оценить гемограмму. 2. Ошибки аналитического этапа. 3. Причины острых постгеморрагических анемий. 4. Дополнительные методы исследования. 5. Лечение постгеморрагической анемии.	Ответы: 1. WBC: Норма. RBC: Анемия, микроцитоз. PLT: Ложное увеличение количества тромбоцитов связано с микроцитарной интерференцией. 2. Развернутый анализ крови выполняется через 24 часа после гемотрансфузии, когда гемоглобин эритроцитов донора начинает свободно отдавать кислород тканям. 3. Причинами острой анемии от кровопотери являются различные внешние травмы, сопровождающиеся повреждением кровеносных сосудов или кровотечения из внутренних органов. Картина острой постгеморрагической анемии сразу же после кровотечения складывается из собственно анемических симптомов и картины коллапса. Может быть резкая бледность кожных покровов, головокружение, обморочное состояние, частый нитевидный пульс, падение температуры, холодный пот, рвота, судороги. Развивается гипоксия.	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

		<p>Если быстро не восполнить кровопотерю, коллапс, снижение диуреза и почечная недостаточность.</p> <p>4. Необходимо провести микроскопию мазка крови для выявления ошибок аналитического этапа.</p> <p>5. Лечение состоит в возмещении кровопотери. Больному переливают кровь, вводят такие кровезаменители, как полиглюкин, раствор альбумина, а также солевые растворы, их объем зависит от величины кровопотери. При развитии дефицита железа назначают препараты железа. Прогноз зависит от длительности кровотечения, объема утраченной крови, компенсаторных процессов организма и регенераторной способности костного мозга.</p>		
11.	<p>Женщина, 34 года. Выявлена микроцитарная анемия с выраженным снижением MCV (49 fl). Госпитализирована в гематологическое отделение для дальнейшего обследования. При поступлении выполнен анализ на автоматическом гематологическом анализаторе. Получены следующие результаты: RBC 6,96 10¹²/л; HCT 34,1%; MCV 49fl; HGB 106 g/l; MCH 15 pg; MCHC 311g/l; PLT 593 10⁹/л; MPV *** fl; WBC 7,3 10⁹/л; LYM 1,3 19%; MID 0.8 10%; GRA 5,2 71%.</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. WBC: Норма. RBC: Небольшая анемия с выраженным уменьшением MCV и MCH. Увеличен RDW. PLT: Ложное увеличение количества тромбоцитов связано с микроцитарной интерференцией.</p> <p>2. Необходимо провести микроскопию мазка крови.</p> <p>3. Эритроциты: анизоцитоз, микроцитоз. Тромбоциты: норма.</p> <p>4. Причиной дефицита железа является нарушение баланса его в</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценить гемограмму. 2. Дополнительные методы исследования. 3. Ожидаемый результат дополнительных методов исследования. 4. Причины развития железодефицитных анемий. 5. Лечение железодефицитных анемий. 	<p>сторону преобладания расходования железа над поступлением, наблюдаемое при различных физиологических состояниях или заболеваниях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кровопотери различного генеза; • повышенная потребность в железе; • нарушение усвоения железа; • врожденный дефицит железа. • нарушение транспорта железа вследствие дефицита трансферрина. <p>5. Лечение проводится только длительным приёмом препаратов двухвалентного железа внутрь в умеренных дозах, причём существенный прирост гемоглобина, в отличие от улучшения самочувствия, будет не скорым — через 4—6 недель.</p>		
12.	<p>Больной П., 45 лет, предъявляет жалобы на боль в поясничной области, больше справа, пастозность лица, повышение температуры тела до 37,3 С, учащенное мочеиспускание. Из анамнеза: госпитализирован в порядке скорой помощи с жалобами на острую боль в поясничной области, больше справа, с иррадиацией по ходу мочеточника, в паховую область, внутреннюю поверхность бедра, задержку мочеиспускания. После введения спазмолитиков ощутил сильный позыв на</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Описанные симптомы, характер болевого синдрома характерны для почечной колики. 2. ОАК, ОАМ, посев мочи на флору, контроль общего анализа мочи в динамике. 3. Моча темная, реакция мочи 7,5; удельный вес 1010, белок 0,1 г/л, лейкоциты 150 в поле зрения, эритроциты сплошь. 4. Эритроцитурией. 5. Для производства небольшого количества исследований, для 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>мочеиспускание, выделилось около 500 мл мутной темной мочи, после чего болевые ощущения уменьшились.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С каким состоянием связан эпизод острых болей в поясничной области и задержки мочеиспускания? 2. Алгоритм лабораторного обследования? 3. Какие изменения в моче характерны для данного пациента? 4. Чем вызвана мутность мочи у данного пациента? 5. 5. Каким методом определяется реакция мочи? Влияющие факторы. 	<p>разового химического исследования мочи широко используются диагностические индикаторные полоски (метод «сухой химии»). Колебания рН мочи в норме зависят от состава принимаемой пищи. При патологии: кислая - диабет, голодание, лихорадочные состояния, системный ацидоз, респираторный или метаболический ацидоз вызывает повышенную кислотность мочи. Щелочная - системный алкалоз, обильная рвота, избыток щелочной пищи, гипервентиляция, почечный ацидоз, ощелачивающая терапия, хронические инфекции мочевыводящих путей</p>		
13.	<p>Беременная Л., 16 недель, обратилась в женскую консультацию. При обследовании пациентки было проведено первичное исследование на антитела к краснухе. Получен результат: IgG - 200 МЕ/мл.</p> <p>Через 1,5 месяцев после обследования у пациентки был контакт с заболевшей краснухой дочерью. Назначено повторное обследование на антитела к краснухе, получен результат IgG – 1: 400.</p> <p>Врач решив, что рост концентрации IgG свидетельствует о заболевании краснухой, для решения вопроса о прерывании беременности направила кровь плода на анализ РНК краснухи. Результат анализа –</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Не был заказан IgM и индекс avidности IgG. 2. Нет, не было необходимости обследовать беременную по поводу контакта с больным краснухой (не из группы риска). 3. Нет, в данном случае показаний для исследования крови плода не было. 4. Изменений концентрации IgG не было, так как результаты были выданы в разных единицах измерения: в первом случае МЕ/мл, а во втором в титрах. 5. Авидность - характеристика прочности связи специфических антител с соответствующими 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>отрицательный. Ребенок родился здоровым.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая ошибка была допущена при первичном обследовании пациентки на краснуху? 2. Показано ли было повторное обследование беременной по поводу контакта с больным краснухой? 3. Как оценить изменения концентрации IgG в данном случае? 4. Показано ли было в данном случае исследование крови плода? 5. Что такое avidность? 	<p>антигенами. В ходе иммунного ответа организма стимулированный клон лимфоцитов начинает вырабатывать специфические IgG-антитела. IgG-антитела обладают поначалу низкой avidностью, то есть достаточно слабо связывают антиген. Затем развитие иммунного процесса постепенно (это могут быть недели или месяцы) идет в сторону синтеза лимфоцитами высокоавидных IgG-антител, более прочно связывающихся с соответствующими антигенами. Высокая avidность специфических IgG-антител позволяет исключить недавнее первичное инфицирование.</p>		
14.	<p>Пациент 48 лет, с массой тела 105 кг. Поступил с жалобами на быструю утомляемость, одышку, сердцебиение. Постоянное чувство жажды. Находится на обследовании в стационаре. Из клинко-диагностической лаборатории получены результаты исследования: Общий белок 67 г/л, Альбумины 49 г/л, Мочевина 7.0 ммоль/л, Билирубин общий 18.0 мкмоль/л, Кальций 2,1 ммоль/л, Глюкоза 8.2 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие желаемые нормы уровня глюкозы крови 2. Всегда ли при гипергликемии будет наблюдаться глюкозурия 3. Какой почечный порог для 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Норма глюкозы крови 3,9-6,4 ммоль/л, желаемые уровни – 5,5 ммоль/л 2. Глюкозурия зависит не только от уровня глюкозы крови, но возможностей почек к реабсорбции и количества выделенной мочи. При малом количестве мочи глюкозурии может не быть, т.к. она вся реабсорбируется. 3. По разным авторам 9,9-11,0 ммоль/л 4. Высокий 5. Глиукозо-толерантный тест, гликозилированный гемоглобин, инсулин, кетоновые тела, показатели липидного обмена (холестерин, 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>глюкозы</p> <p>4. Какой риск развития атеросклероза</p> <p>5. Какие лабораторные тесты целесообразны для уточнения диагноза</p>	<p>фракции – ЛПНП, ЛПВП, триглицериды)</p>		
15.	<p>Больная 65 лет, умеренной тучности. Жалобы на быструю утомляемость, головные боли, боли за грудиной, чувство тяжести в правом подреберье. Из анамнез: мать и родные братья умерли в относительно раннем возрасте от инфаркта миокарда. Сыворотка молочной мутности, при отстое не дает слоя хиломикронов. Холестерин 12,6 ммоль/л, холестерин ЛПВП 0,67 ммоль/л, триглицериды 3,23 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какому типу гиперлипидемии это соответствует .</p> <p>2. Риск развития атерогенеза</p> <p>3. Почему высокий уровень триглицеридов является риском развития атеросклероза</p> <p>4. Какие патологические состояния имеют такой же фенотип гиперлипидемии</p> <p>5. Показана ли в этом случае фармакологическая гиполипидемическая терапия</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Соответствует ГЛП 2 в типа,</p> <p>2. Выраженный риск развития атеросклероза</p> <p>3. Высокий уровень триглицеридов являются источником образования избытка ЛПОНП,, способствующих образованию избытка ЛПНП, их модификации, захвату по сквенжер пути с образованием пенистых клеток..</p> <p>4. Панкреатит, ожирение</p> <p>5. Гиполипидемическая фармакотерапия показана</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
16.	<p>В стационар поступил пациент с диагнозом сахарный диабет 1 тип, оцените у него выделительную функцию почек по эндогенному креатинину если: суточный диурез составил 1300 мл; креатинин в моче 7893 мкмоль/л; креатинин в крови 80,4 мкмоль/л; рост 200 см;</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. 0,90 мл/мин.</p> <p>2. 88,63 мл/мин.</p> <p>3. 3,13 м2</p> <p>4. 48,99 мл/мин</p> <p>5. Снижен (норма 90-130 мл/мин)</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	<p>вес 93,6 кг.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рассчитайте минутный диурез. 2. Рассчитайте клиренс по эндогенному креатинину. 3. Рассчитайте поверхность тела по формуле Дюбуа. 4. Внесите корректировку значения клиренса по эндогенному креатинину с учетом стандартной поверхности тела. 5. Оцените полученное значение 			
17.	<p>Пациент находится на обследовании в стационаре. Из клинико-диагностической лаборатории получены результаты исследования белковых фракций:</p> <p>Альбумины 49,8%, альфа1-глобулины-4,6%, альфа2-глобулины – 11%, бета-глобулины- 15,0%, гамма-глобулины – 19,58%. Общий белок 72,4 г/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чему соответствует норма белковых фракций в относительных величинах? 2. Какие данные будут в абсолютных величинах? 3. Какому типу протеинограмм можно отнести данные значения? 4. О чем свидетельствует повышение альфа1-глобулинов? 5. Всегда ли уровень альбуминов, определенных методом электрофореза, соответствует уровню, определенному химическим методом? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Альбумины 52-65%, альфа1-глобулины- 2,2-4,2%, альфа2-глобулины – 7,9-10,9%, бета-глобулины- 10,2-18,3%, гамма-глобулины – 17,6-25,4%. Общий белок 76-85 г/л 2. Альбумины 36,8 г/л, альфа1-глобулины-3,33 г/л, альфа2-глобулины – 7,87 г/л, бета-глобулины-10,87 г/л, гамма-глобулины – 14,25 г/л 3. Тип острого воспалительного процесса 4. Свидетельствует о повышении белков острой фазы (антитрипсина, озоромукоида) 5. Нет, колориметрическим методом уровень альбумина несколько выше, т.к. определяется и часть низкомолекулярных глобулинов. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

5. Патология

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-5, ПК-6, УК-1, УК-2, УК-3

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>К ВНУТРЕННИМ КАРДИНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ВОСПАЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>1) повышение температуры; 2) припухлость; 3) расстройство микроциркуляции; 4) лейкоцитоз. 5) боль</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
2.	<p>ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЯ:</p> <p>1) изменение иммунологической реактивности; 2) нарушение функций органа; 3) гипертермия; 4) альтерация. 5) отек</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
3.	<p>К КЛЕТЧНЫМ МОДУЛЯТОРАМ ВОСПАЛЕНИЯ В СТАДИЮ АЛЬТЕРАЦИИ ОТНОСЯТ:</p> <p>1) кинины; 2) комплемент; 3) тромбопластин; 4) эйкозаноиды; 5) лейкотриены.</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
4.	<p>РОЛЬ ЭЛАМ В РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ:</p> <p>1) активация эндотелиоцитов, как клеточного эффектора воспаления; 2) активация макрофагального звена; 3) угнетение пролиферативных процессов; 4) активация системы комплемента; 5) угнетение системы комплемента.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
5.	<p>ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ КЛЕТКИ ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ГРАНУЛЕМУ:</p> <p>1) мононуклеары крови; 2) клетки Боткина-Гумпрехта; 3) нейтрофилы; 4) лейкоциты; 5) эознофилы.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
6.	<p>КОММЕНСАЛИЗМ - ЭТО...</p> <p>1) один из видов инфекционного процесса; 2) свойство возбудителя; 3) способность микроорганизма выделять</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6

	эндотоксин; 4) форма симбиоза макро- и микроорганизма; 5) характеристика местного иммунитета.			
7.	МАКРОФАГАМИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) тучные клетки; 2) базофилы; 3) нейтрофилы; 4) моноциты; 5) лимфоциты.	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
8.	КЛИНИЧЕСКАЯ ТРИАДА, СОПРОВОЖДАЮЩАЯ НАЧАЛО РАЗВИТИЯ SIRS: 1) тахикардия, тахипноэ, гипертония; 2) тахикардия, тахипноэ, гипертермия; 3) брадикардия, гипотония, гипотермия. 4) гипертония, судоржный синдром, аритмия; 5) брадипноэ, гипертермия, клонические судороги.	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
9.	КЛЮЧЕВЫМ МОМЕНТОМ НАКОПЛЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) адгезия лейкоцитов к эндотелиальным клеткам; 2) изменение реологических свойств крови (повышенная текучесть); 3) накопление недоокисленных продуктов обмена; 4) повышенная проницаемость сосудистой стенки; 5) образование активных форм кислорода.	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
10.	БОЛЬ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ОБУСЛОВЛЕНА ДЕЙСТВИЕМ: 1) гистамина; 2) повышением температуры ткани; 3) простагландинов группы E; 4) интерлейкина-1; 5) катехоламинов.	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
11.	ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОТЕКОВ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СПОСОБСТВУЮТ: 1) повышение ОЦК, уменьшение синтеза белков в печени, вторичный альдостеронизм; 2) снижение ОЦК, увеличение синтеза белков в печени, первичный альдостеранизм; 3) эритроцитоз, гиперальбуминемия; 4) гипертрофия миокарда, усиление эритропоэза, 5) увеличение содержания оксигемоглобина в крови.	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
12.	ТАХИПНОЭ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ	5	ВК	ПК-1, ПК-5,

	<p>НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВЯЗАНО С:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличением содержания оксигемоглобина в крови; 2) тахикардией, полиурией; 3) снижением карбоксигемоглобина в крови; 4) тиреотоксикозом; 5) накоплением карбоксигемоглобина, возникновением ацидоза. 		<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-6</p>
13.	<p>ПРИЧИНАМИ НЕКАРДИОГЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ, ВЕДУЩИХ К СН, ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врожденные пороки сердца; 2) приобретенные пороки клапанов; 3) гипертоническая болезнь, тиреотоксикоз; 4) миокардит, ишемия; 5) застойные явления в малом круге кровообращения. 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
14.	<p>ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СВЯЗАНО С:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выходом миоглобина из очага некроза; 2) ацидозом в очаге некроза и образованием брадикинина; 3) выходом из миоцитов креатинфосфокиназы; 4) аритмией; 5) гиперкалиемией. 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
15.	<p>ОСОБЕННОСТЯМИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) преобладание «ранних анастомозов» и склонность к преобладанию обкрадывания; 2) преобладание обкрадывания; 3) преобладание «поздних анастомозов» и склонность к обкрадыванию; 4) преобладание «поздних анастомозов» и отсутствие обкрадывания; 5) отсутствие анастомозов. 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
16.	<p>ОСОБЕННОСТЯМИ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) облегчение кровотока в систолу и диастолу; 2) облегчение кровотока в систолу и затруднение в диастолу; 3) затруднение кровотока в систолу и диастолу; 4) затруднение кровотока в систолу и облегчение в диастолу; 5) отсутствие изменений кровотока в систолу и диастолу. 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
17.	<p>АДГЕЗИЯ ТРОМБОЦИТОВ К СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ УСИЛИВАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ:</p>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 1) высвобождение АДФ из тромбоцитов; 2) высвобождения фибриногена из тромбоцитов; 3) образования активного тромбина и высвобождения тромбоксана А2 из тромбоцитов; 4) повреждения эндотелия и обнажения коллагена субэндотелиального слоя; 5) высвобождения простациклина и эндотелиальных клеток и высвобождение АДФ из тромбоцитов. 			
18.	<p>ДЛЯ ДВС-СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) тромбоцитопения, гемоглобинемия; 2) низкий уровень продуктов фибринолиза; 3) гипофибриногенемия; 4) низкое содержание факторов II, V, VIII; 5) снижение уровня плазминогена. 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
19.	<p>ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА УМЕНЬШАЕТСЯ КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) да 2) нет 3) да, при декомпенсации заболевания 4) да, при развитии заболевания в молодом возрасте 5) да, при развитии стресса 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
20.	<p>ПРИЧИНОЙ ГОЛОДНЫХ ОТЕКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гипопроteinемия; 2) повышение проницаемости капилляров; 3) повышение гидростатического давление плазмы; 4) повышение онкотического давления в капиллярах; 5) протеинурия 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
21.	<p>ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОТЕКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гипопроteinемия; 2) повышение проницаемости капилляров; 3) снижение проницаемости капилляров; 4) повышение онкотического давления в капиллярах; 5) протеинурия 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
22.	<p>ПРИЧИНОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гипопроteinемия; 2) повышение проницаемости капилляров; 3) снижение проницаемости капилляров; 4) повышение онкотического давления в капиллярах; 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>

	5) протеинурия			
23.	ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гипопроteinемия; 2) повышение проницаемости капилляров; 3) повышение гидростатического давления плазмы; 4) повышение онкотического давления в капиллярах; 5) снижение проницаемости капилляров	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
24.	АКТИВАЦИЯ ВОЛНОМОРЕЦЕПТОРОВ ПРОИСХОДИТ В ОТВЕТ НА: 1) увеличение осмотического давления крови; 2) снижение объема циркулирующей крови; 3) увеличение онкотического давления крови; 4) снижение осмотического давления крови; 5) снижение онкотического давления крови	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
25.	ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРИТИЧЕСКИЙ ОТЕКА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) поражение тубулярного аппарата почек; 2) поражение клубочкового аппарата почек; 3) развитие гипоонкии крови; 4) уменьшение фильтрации воды в капиллярах органов и тканей; 5) поражения нижней/3 мочеточника	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
26.	ЛИМФОГЕННЫЙ ОТЕК ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ: 1) понижения онкотического давления крови; 2) повышения давления в венозном отделе капилляров; 3) воспаления лимфотического сосуда; 4) повышения проницаемости стенок лимфотического сосуда; 5) нарушения синтеза белка в следствии цирроза печени	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
27.	ПРИ КАКОМ ЗНАЧЕНИИ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО КОЭФФИЦИЕНТА АТЕРОГЕННОСТИ ИМЕЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА? 1) > 3,0; 2) < 3,0; 3) < 5,0; 4) > 2,5; 5) > 1,0.	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
28.	ОЖИРЕНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ПРИРОДЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО: 1) гипертиреозом; 2) адипозо-генетальной дистрофией; 3) гиперпролактинемией; 4) СД I типа;	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6

	5) Гипокортизолизмом			
29.	ЛИПОЛИЗ В ОРГАНИЗМЕ ТОРМОЗИТ: 1) инсулин; 2) адреналин; 3) соматотропный гормон; 4) глюкагон; 5) тироксин	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
30.	НАРУШЕНИЕ ЭМУЛЬГИРОВАНИЯ, РАСЩЕПЛЕНИЯ И ВСАСЫВАНИЯ ЖИРА В ЖКТ СВЯЗАНО: 1) с дефицитом желудочного сока 2) с дефицитом слюны 3) с дефицитом желчи 4) с дефицитом панкреатического сока 5) с дефицитом кишечного сока	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
31.	ЭНДОКРИННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОЖИРЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕННЫ: 1) избытком в пище углеводов 2) избытком в пище жиров 3) избытком инсулина 4) недостатком инсулина 5) избытком в пище белков	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
32.	ЛИПОПРОТЕИДЫ ОЧЕНЬ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ СИНТЕЗИРУЮТСЯ: 1) в печени 2) в почках 3) в селезенке 4) в легких 5) в мышцах	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
33.	ФУНКЦИЕЙ ЛИПОПРОТЕИДОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) удаление избытка холестерина из мембран клеток 2) транспорт холестерина к клеткам 3) транспорт липидов к клеткам слизистой ЖКТ 4) удаление липидов из печени 5) транспорт липидов к клеткам	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
34.	АНТИАТЕРОГЕННЫЕ ЛИПОПРОТЕИДЫ ЭТО: 1) ЛПВП 2) ЛПНП 3) ЛПОНП 4) ЛППП 5) Хиломикроны	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
35.	СТЕАТОРЕЯ – ЭТО: 1) резкое увеличение жира в кале 2) появление крови в кале 3) увеличение желчных пигментов в кале 4) появление крови в моче 5) повышение билирубина в крови	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
36.	ЖЕНЩИНЫ ДОКЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО	1	ВК	ПК-1, ПК-5,

	<p>ПЕРИОДА БОЛЕЮТ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ РЕЖЕ, ЧЕМ МУЖЧИНЫ ПОТОМУ, ЧТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) у них в крови больше ЛПВП 2) меньше ЛПОНП 3) больше ЛПНП 4) больше хиломикронов 5) меньше ЛПВП 		<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-6</p>
37.	<p>ПРИ КАКОМ ЗНАЧЕНИИ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО КОЭФФИЦИЕНТА АТЕРОГЕННОСТИ ИМЕЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) > 3,0; 2) < 3,0; 3) < 5,0; 4) > 2,5; 5) > 1,0 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
38.	<p>ОЖИРЕНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ПРИРОДЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гипертиреозом; 2) адипозо-генетальной дистрофией; 3) гиперпролактинемией; 4) СД I типа; 5) Гипокортизолизмом 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
39.	<p>ЛИПОЛИЗ В ОРГАНИЗМЕ ТОРМОЗИТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инсулин; 2) адреналин; 3) соматотропный гормон; 4) глюкагон; 5) тироксин 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
40.	<p>ПРОВОДНИКАМИ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) толстые волокна; 2) тонкие миелиновые А-дельта волокна; 3) безмиелиновые С-волокна; 4) соматические нервные окончания. 5) задние рога спинного мозга 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
41.	<p>БОЛЬ ПЛОХО ЛОКАЛИЗОВАННУЮ, ТЯГОСТНУЮ, ТУПУЮ ОТНОСЯТ К:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первичной; 2) вторичной; 3) третичной; 4) центральной. 5) проекционной 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
42.	<p>АФФЕРЕНТНАЯ ИМПУЛЬСАЦИЯ В А-ДЕЛЬТА ВОЛОКНАХ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БОЛИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первичной; 2) вторичной; 3) третичной; 4) только нейрогенной. 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>

	5) центральной			
43.	А-ДЕЛЬТА И С-ВОЛОКНА ПРОВОДЯТ: 1) только болевые сигналы; 2) только неболевые сигналы; 3) и 1, и 2; 4) участвуют только в вегетативной инервации. 5) и 1, и 2; и 4	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
44.	ЧЕРЕЗ РЕТИКУЛЯРНУЮ ФОРМАЦИЮ ПРОХОДЯТ: 1) лемнисковые системы; 2) экстралемнисковые системы; 3) и 1, и 2; 4) внутренняя капсула. 5) передние рога спинного мозга	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
45.	КАКИЕ АЛГОГЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА САМИ НЕ ВЫЗЫВАЮТ БОЛИ, НО УСИЛИВАЮТ ЭФФЕКТ НОЦИЦЕПТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ИНОЙ МОДАЛЬНОСТИ? 1) простагландины; 2) брадикинин; 3) субстанция Р; 4) эндорфины. 5) фактор некроза опухоли альфа	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
46.	КАКИЕ АЛГОГЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА ВЫДЕЛЯЮТСЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ИЗ ТЕРМИНАЛЕЙ И ВЗАИМОДЕЙСТВУЮТ С РЕЦЕПТОРАМИ, ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ НА ИХ МЕМБРАНЕ? 1) простагландины; 2) брадикинин; 3) субстанция Р; 4) гистамин. 5) интерлейкин 1	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
47.	ЭНДОГЕННЫЙ ФАКТОР ВЫЗЫВАЮЩИЙ ЭКСТРЕМАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ: 1) массивные кровоизлияния в органы; 2) барометрические воздействия; 3) радиационные влияния; 4) выраженная интоксикация лекарственными средствами. 5) боль	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
48.	ВТОРАЯ СТАДИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ: 1) психического напряжения; 2) стадия разгара заболевания; 3) недостаточности адаптивных механизмов; 4) активация адаптивных механизмов. 5) исход заболевания	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
49.	УКАЖИТЕ ОДНО ИЗ ЗВЕНЬЕВ	1	ВК	ПК-1, ПК-5,

	ПАТОГЕНЕЗА ШОКА. 1) снижение объема циркулирующей крови; 2) развитие язв в ЖКТ; 3) низкий уровень Na в крови; 4) гипогликемия. 5) гипотония		ТК ГИА	ПК-6
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------	------

Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Анализировать характер и тяжесть нарушений функций жизненно важных органов на каждом этапе заболевания.	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
2.	Определять степень влияния патологического процесса на пораженный орган, а также на другие жизненно важные органы и системы организма больного.	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
3.	Выявлять взаимосвязи патогенеза заболевания и его клинических проявлений.	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
4.	Оценивать специфическую и не специфическую реактивность больного и учитывать ее особенности при выборе методов лечения у конкретного больного.	ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
5.	Грамотно использовать и интерпретировать данные методов функциональной диагностики для объяснения происхождения и механизма симптомов заболевания, выбора патогенетического лечения.	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
6.	На основании знания этиологии и патогенеза заболеваний выбрать оптимальные методы патогенетической терапии и обосновать их.	ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции

1.	<p>Больной 15 лет поступил на стационарное лечение в хирургическое отделение по поводу острого лимфаденита правой подчелюстной области, возникшего после острого переохлаждения. В анамнезе у больного хронический тонзиллит, по поводу которого было рекомендовано плановое оперативное лечение. Состояние больного средней степени тяжести. Голова наклонена вправо. Справа в подчелюстной области пальпируется болезненный плотный инфильтрат. Кожа над инфильтратом горячая, имеет красную окраску, тургор ее повышен. Температура тела – 38,3⁰С. Комплимент С-3 плазмы крови – 2,3 г/л (норма 1,3-1,7 г/л), С-реактивный белок в плазме крови (++) , СОЭ – 35 мм/час.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какому патологическому процессу присущи выявленные изменения? 2. Какие симптомы общих реакций организма на воспаление Вы выявили при анализе истории болезни? 3. Что понимается под термином «ответ острой фазы»? 4. Критерии диагноза «сепсис». 5. Исходы воспаления. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острое воспаление. 2. Симптомы общей интоксикации, гематологический синдром, лихорадку, обмен веществ больного характеризуется термином «катаболизм». 3. Относительное или абсолютное преобладание в плазме крови – глобулинов, например, церулоплазмин, гаптоглобин и др., так называемые, «белки острой фазы»), которые под влиянием цитокинов усиленно продуцируют гепатоциты. 4. Признаки SIRS и наличие очага инфекции в организме. 5. Выздоровление (полное, неполное), переход в хроническое воспаление, смерть организма. 	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------------------------------------------

2.	<p>Больная 27 лет, кормящая мать. Через 3 недели после родов появились боли в области левой молочной железы. Кормление этой грудью стало болезненным. На 3-й день заболевания появился озноб, температура тела повысилась до 39°C. Объективно: состояние средней степени тяжести. Вынужденное положение тела. Форма левой молочной железы изменена, кожа на ней имеет синюшную окраску, застойно-отечная, холодная на ощупь, пальпация железы болезненна. Увеличенные подмышечные регионарные лимфатические железы при пальпации также болезненны. При лабораторном исследовании выявлено: L – $12,4 \times 10^9$ /л; СОЭ – 35 мм/ч.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите местные признаки воспаления. 2. Объясните патогенез, приведенных в задаче, явлений: <ol style="list-style-type: none"> а) артериальной гиперемии; б) венозной гиперемии. 3. Объясните патогенез пролиферации в очаге воспаления. 4. Какие причины могли вызвать данное состояние? 5. Возможный исход данного состояния у больной? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Краснота, припухлость, повышение температуры, боль, нарушение функции. 2. а) Артериальная гиперемия – увеличение количества крови протекающее через микроциркуляторное русло вследствие дилатации приводящих артерий и артериол под воздействием нейрогенных и гуморальных механизмов. <ol style="list-style-type: none"> б) Венозная гиперемия – увеличение кровенаполнения органа 3. вследствие нарушения оттока крови в венозную систему. 4. Основными клеточными элементами, ответственными за репаративные процессы в очаге воспаления являются фибробласты. Они продуцируют основное межклеточное вещество – гликозаминогликаны, а также синтезируют волокнистые структуры – коллаген, эластин, ретикулин. 5. Снижение реактивности макроорганизма вследствие беременности, кровопотеря при родах, возможное инфицирование при кормлении грудью. 6. Абсцедирование дольки (или доли) молочной железы. 	ТК ГИА	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------------------------------------------

3.	<p>Больной 46 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на лихорадку до 39⁰С, пульсирующую боль в подчелюстной области справа. Заболевание началось после резкого переохлаждения четыре дня назад. Объективно – в подчелюстной области справа инфильтрат красно – синюшного цвета с участком размягчения по центру. Произведено вскрытие абсцесса. При лабораторном исследовании в экссудате обнаружено высокое содержание нейтрофильных лейкоцитов. В гемограмме выявлены: ядерный сдвиг влево, ускорение СОЭ. С-реактивный белок (+++).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для какого воспаления, острого или хронического, более типична указанная ситуация? 2. Каким синдромом сопровождается развитие данного заболевания? 3. Критерии диагностики данного синдрома. 4. В случае прогрессирования, чем данное заболевание может сопровождаться? 5. Целесообразно ли проведение бактериологического посева отделяемого из раны и если да, то для чего это необходимо? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Данная ситуация характерна для острого воспалительного процесса. 2. Синдром системного воспалительного ответа. 3. Температура тела выше 38⁰С или ниже 36⁰С; ЧСС свыше 90 в 1 мин; ЧДД свыше 20 в 1 мин (при ИВЛ РаСО₂ меньше 32 мм.рт.ст.); L более 12x10⁹ или ниже 4x10⁹, или количество незрелых форм более 10%. 4. Данное заболевание в случае прогрессирования будет сопровождаться сепсисом. 5. Да, с целью подбора рациональной антибактериальной терапии. 	ТК ГИА	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6
4.	<p>Больной 36 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог IIIA-B степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Течение ожоговой болезни осложнилось развитием сепсиса. 2. Любые два признака и наличие очага инфекции. 3. Отсутствие своевременного лечения, повлекшее генерализацию 	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6

<p>(больной возбужден, суетлив), температура тела 38,8⁰С, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 24*10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На основании перечисленных признаков о присоединении какого патологического процесса можно говорить? 2. Критерии диагностики данного патологического процесса? 3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и утяжеление состояния пациента? 4. Какие изменения произошли со стороны системы иммунитета и к чему это может привести? 5. Что лежит в основе изменений со стороны системы иммунитета данном случае? 	<p>инфекции и неспособность организма локализовать её, развитие СПОН с поражением отдаленных от первичного очага поражения органов и тканей.</p> <p>4. Формирование вторичного иммунодефицита с невозможностью развития адекватного иммунного ответа и, как следствие, прогрессирование заболевания.</p> <p>5. Преобладание иммуносупрессии, выработка аутоантител.</p>		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

5.	<p>Больной доставлен в стационар с жалобами на кашель с выделением большого количества вязкой гнойной мокроты, повышение температуры тела до 37,9 – 38,7⁰С, общую слабость. Данные жалобы отмечаются в течение 2-х недель и постепенно нарастают. При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, влажные, отмечается акроцианоз. При аускультации дыхание резко ослаблено слева над всеми легочными полями, а также справа в задне-нижних отделах.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании можно думать у данного больного? 2. Что можно ожидать увидеть в общем анализе крови? 3. Можно ли утверждать, что в данном случае имеет место развитие ССВО? Назовите его стадии. 4. Какая стадия ССВО у данного пациента на момент обследования? 5. Виды некробиоза? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полисегментарная пневмония 2. Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ТЗН, анемия. 3. Да. Стадии ССВО: <ul style="list-style-type: none"> • Стадия локальной продукции цитокинов • Стадия выброса малого количества цитокинов в системный кровоток • Стадия генерализации воспалительной реакции. 4. Стадия генерализации воспалительной реакции 5. Свободнорадикальный и гипоксический некробиоз. 	ТК ГИА	УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	---------------------------------

6.	<p>В стационар доставлен больной с жалобами на интенсивные боли в левой половине грудной клетки в течение 40 минут. На этом фоне отмечается однократная рвота, снижение АД до 90/55 мм.рт.ст. и брадикардия до 45 сокращений в минуту. По ЭКГ – подъем сегмента ST на 5 мм в отведениях II, III, aVF и V5-V6.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз при поступлении в стационар можно поставить данному больному? Проявлением чего он является? 2. Какого рода миокардиальная дисфункция в данном случае отмечается? 3. Назовите проявления синдрома острой сердечной недостаточности 4. Назовите первоочередную меру при лечении больного с острым инфарктом миокарда 5. Возможно ли использование наркотических анальгетиков у данной категории пациентов 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: острый инфаркт миокарда, являющийся проявлением острой сердечной недостаточности. 2. Систолическая дисфункция миокарда. 3. Снижение сердечного выброса, тканевая гипоперфузия, повышение ДЗЛК при левожелудочковой недостаточности, застойные явления в тканях. 4. Адекватная анальгезия. 5. Да, возможно 	ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
7.	<p>Больной 69 лет, находящийся на лечении в стационаре по поводу язвенной болезни желудка, на вечернем обходе пожаловался дежурному врачу на давящие боли за грудиной, иррадиирующие в эпигастральную область, общую слабость, одышку при незначительной физической активности. Со слов дежурной сестры боли беспокоят больного в течение 3-х часов и нестероидными противовоспалительными препаратами не купируются.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз можно заподозрить у данного 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: острый инфаркт миокарда. 2. Пробождение язвы желудка. 3. Тропониновый тест. 4. Острая окклюзия коронарной артерии тромбом или атеросклеротической бляшкой. 5. Коронароангиография и стентирование коронарных артерий. 	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6

	<p>больного?</p> <p>2. С каким диагнозом необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>3. Какой высокоспецифический тест можно провести данному пациенту для подтверждения диагноза?</p> <p>4. Что могло стать причиной развития данного патологического процесса?</p> <p>5. Какой наиболее эффективный метод лечения острого инфаркта миокарда на современном этапе развития медицины?</p>			
8.	<p>Больной 76 лет доставлен в клинику с диагнозом острый трансмуральный переднераспространенный инфаркт миокарда. Диагноз подтвержден данными ЭКГ, и КАГ. После проведения реканализации окклюзированной коронарной артерии у пациента на операционном столе отмечаются нарушения ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолии, перешедшие в фибрилляцию желудочков. Реанимационные мероприятия оказались эффективными, но в дальнейшем отмечается снижение АД до 75/40 мм.рт.ст., а также сохраняются желудочковые экстрасистолы.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Явления острой или хронической сердечной недостаточности стали поводом для обращения в клинику?</p> <p>2. Какое состояние миокарда сформировалось после проведения КАГ и восстановления проходимости</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Явления острой сердечной недостаточности.</p> <p>2. Станнинг (оглушение) миокарда.</p> <p>3. Развитие обратимой ишемии с накоплением недоокисленных продуктов метаболизма в миокардиоцитах.</p> <p>4. О застое по малому кругу кровообращения и о перегрузке сердца объемом циркулирующей крови.</p> <p>5. Диуретики.</p>	ТК ГИА	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6

	<p>коронарной артерии?</p> <p>3. С чем связано развитие данного состояния?</p> <p>4. Как Вы считаете, о чем могут свидетельствовать высокие цифры центрального венозного давления у данного больного?</p> <p>5. Каую группу препаратов можно использовать с целью нормализации цифр центрального венозного давления и снижения нагрузки на малый круг кровообращения?</p>			
9.	<p>В клинику поступила женщина 48 лет с жалобами на одышку, постепенно нарастающую в течение месяца. При осмотре состояние больной тяжелое, ортопноэ, цианоз лица и верхней половины тела, ЧДД до 36 в минуту. Отмечается наличие варикозно измененных вен нижних конечностей.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какой диагноз можно предположить у данной больной?</p> <p>2. Проявление какого рода недостаточности является данное состояние?</p> <p>3. При проведении ЭхоКГ что будет свидетельствовать в пользу предполагаемого Вами диагноза?</p> <p>4. Какова первоочередная терапия данного заолевания?</p> <p>5. Что, на Ваш взгляд, является критерием эффективности проведенной тромболитической терапии?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Тромбоэмболия легочной артерии.</p> <p>2. Острой правожелудочковой недостаточности.</p> <p>3. Высокие цифры давления в легочной артерии.</p> <p>4. Тромболитическая терапия.</p> <p>5. Снижение цифр давления в легочной артерии.</p>	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6

10.	<p>В стационар доставлен пациент 32 лет. При осмотре состояние больного тяжелое, асцит, анасарка, АД 85/60 мм.рт.ст., тоны сердца глухие, ритм – тахиформа фибрилляции предсердий с ЧСС 118 – 132 в минуту, при аускультации выслушиваются разнокалиберные хрипы в нижних и средних отделах легких с двух сторон, ЧДД 26 в минуту. На R-грамме сердце значительно увеличено в размерах, жидкость в плевральных полостях.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С проявлениями какого рода сердечной недостаточности пациент поступил в стационар? 2. Как можно охарактеризовать изменения, которые претерпел миокард в данном случае? 3. При проведении ЭхоКГ, что будет характеризовать нарушение насосной функции левого желудочка миокарда? 4. Кратко укажите почечный путь компенсации сердечной недостаточности 5. Как Вы считаете, нужно ли медикаментозно снижать ЧСС у данного пациента и почему? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С проявлениями хронической сердечной недостаточности. 2. Ремоделирование миокарда. 3. Низкие цифры фракции выброса. 4. Задержка ионов Na⁺ и воды с целью увеличения ОЦК и подъема АД. 5. Нет, именно за счет тахикардии поддерживается приемлемый уровень МОК на фоне низкой ФВ сердца. 	ТК ГИА	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6
11.	<p>Больной 23 лет, доставлен в клинику через 1 час травмы с диагнозом: открытый перелом бедра в верхней трети, шок II-III-й степени. Больной бледный, кожные покровы влажные, прохладные, акроцианоз. Степень угнетения сознания – оглушение – сопор. Дыхание частое поверхностное, АД - 85/60 мм рт. ст., пульс-118 в 1 мин.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой вид нарушения 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Изоосмолярная гипогидратация. 2. Потеря воды происходит из внеклеточного компартмента. 3. Обильная повторная рвота, профузный понос, обширные ожоги, полиурия на фоне мочегонных ЛС. 4. Метаболический ацидоз. Снижение ОЦК – увеличение вязкости крови – системные расстройства кровообращения – 	ТК ГИА	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6

	<p>водного обмена развился в данном случае?</p> <p>2. Потеря жидкости из какого сектора (компартамента) происходит в данном случае?</p> <p>3. Какие могут быть другие причины развития изоосмолярной дегидратации кроме острой кровопотери?</p> <p>4. При анализе газового состава крови какое нарушение КЩР мы ожидаем увидеть и краткий механизм его развития?</p> <p>5. На что должна быть направлена терапия в первую очередь?</p>	<p>гипоперфузия – гипоксия - накопление недоокисленных продуктов и снижение рН среды.</p> <p>5. Устранение кровотечения хирургическим путем и проведение инфузионно-трансфузионной терапии с целью восполнения ОЦК.</p>		
12.	<p>Больной 78 лет находился на лечении в стационаре по поводу сердечной недостаточности в течение 10 дней. На вечернем обходе дежурного врача у больного отмечается снижение АД до 75/45 мм.рт.ст., частый аритмичный пульс 118 – 136 в минуту, снижение темпа диуреза за последние 1,5 суток до 300 мл/сутки, а также жалобы на общую слабость при незначительной физической нагрузке и головокружение.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Следствием чего могло стать снижение АД?</p> <p>2. Какие электролитные нарушения характерны в данном случае?</p> <p>3. Что явилось причиной нарушения ритма сердца?</p> <p>4. Назовите причины гипокалиемии кроме нерациональной терапии диуретиками.</p> <p>5. Назовите проявления гипокалиемии.</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Нерациональная (избыточная) диуретическая терапия.</p> <p>2. Гипонатриемия и гипокалиемия.</p> <p>3. Гипокалиемия.</p> <p>4. Уменьшение экскреции почками в результате почечной недостаточности, гипоальдостеронизма (надпочечниковая недостаточность или снижение чувствительности эпителия канальцев к альдостерону у пациентов с нефропатиями, СКВ, амилоидозом).</p> <p>-Перераспределение калия из клеток в кровь вследствие повреждения и разрушения клеток (при гемолизе форменных элементов крови, гипоксии, ишемии и некрозе тканей; синдроме длительного раздавливания тканей, ожоге или размождении);</p> <p>гипоинсулинизма (в основном в связи с повышенным гликогенолизом и протеолизом,</p>	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6

		<p>сопровождающимися высвобождением большого количества калия); внутриклеточного ацидоза (избыток H^+ в клетках, что стимулирует выход K^+ из них и одновременно — транспорт Cl^- в клетки).</p> <p>5. Ухудшение нервно-мышечной возбудимости приводит к развитию мышечной слабости, снижению моторики ЖКТ, уменьшению тонуса артериол с развитием артериальной гипотензии.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Аритмии сердца и его остановка в диастоле. - Сонливость, апатия, снижение работоспособности, астения. - Внутриклеточный ацидоз. <p>В основе его развития лежат снижение K^+ в клетках и накопление в них избытка H^+.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Развитие дистрофических изменений в органах и тканях. Это является результатом расстройств энергетического обеспечения клеток, внутриклеточного ацидоза, ионного дисбаланса и нарушения реализации эффектов биологически активных веществ. 		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

13.	<p>В инфекционное отделение поступил больной с жалобами на частый жидкий стул. Заболел 3 дня назад, повысилась температура до 39⁰С, головная боль, слабость, частый жидкий стул (15 раз), тенезмы, стали отмечаться прожилки крови в кале, диурез снижен. Объективно: кожные покровы и слизистая полости рта бледные, сухие на ощупь, появляются дополнительные полосы на языке параллельно основанию, пульс до 120 ударов в минуту, АД – 80/40. Живот мягкий, болезненный в области сигмы, которая прощупывается в виде толстого тяжа.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С чем связаны нарушения гемодинамики? 2. Потеря каких электролитов отмечается в первую очередь? 3. Каковы проявления потери ионов натрия? 4. Чем будет характеризоваться нарушение КЩР? 5. Патогенез развития нарушений КЩР у пациента. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение ОЦК, увеличение вязкости крови из-за гемоконцентрации, появление системных расстройств кровообращения. 2. Калий, натрий, кальций, хлор. 3. - Гипоосмоляльность крови и других жидкостей организма. - Гипергидратация клеток и их набухание (в результате оттока жидкости из интерстиция в клетки по возрастающему градиенту осмотического давления). - Снижение тургора, эластичности кожи и слизистых оболочек, их сухость. - Снижение возбудимости нервной и мышечной ткани (в результате повышения порога возбудимости клеток в условиях низкого внеклеточного уровня Na⁺). - Мышечная гипотония (понижение возбудимости миоцитов). - Артериальная гипотензия (в результате снижения тонуса гладкомышечных клеток стенок сосудов, а также уменьшения сократительной функции миокарда и сердечного выброса). - Нарушение ВНД, вплоть до психастении и расстройств сознания. 4. Метаболический ацидоз. 5. В основе развития внутриклеточного метаболического ацидоза лежат снижение К⁺ в клетках и накопление в них избытка H⁺. 	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------------------------------------------

14.	<p>В июле в стационар доставлен пациент молодого возраста без сознания. Со слов врача «скорой помощи», пациент найден на пляже в 17 часов без сознания. При осмотре: кожные покровы гиперемированы, на отдельных участках отмечаются небольшие пузыри с серозным содержимым; АД 80/45 мм.рт.ст., ЧСС 119 в минуту, слабого наполнения. При катетеризации центральной вены отмечается очень низкое центральное венозное давление.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой предположительный диагноз можно поставить в данном случае? 2. Какое нарушение водного баланса отмечается в данном случае и каков его вид? 3. Какие могут быть другие причины развития данного нарушения водного баланса? 4. Кратко опишите последствия данного состояния. 5. К какому виду нарушений КЩР приводит данное состояние? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Солнечный удар. 2. Гипоосмолярная гипогидратация. 3. гипоальдостеронизм (например, при болезни Аддисона или отмене лечения минералокортикоидами). Сопровождается снижением реабсорбции ионов Na⁺ в почках, уменьшением осмолярности плазмы крови, реабсорбции воды. - продолжительное профузное потоотделение, неукротимая рвота, поносы сопровождающиеся потерей кишечного сока и выделением большого количества солей. - мочеизнурение (избыточный диурез) сахарное (при сахарном диабете) или несахарное (например, при дефиците АДГ), сочетающееся с экскрецией солей Na⁺ и K⁺, глюкозы, альбуминов. - неправильное или необоснованное проведение процедур диализа, что приводит к диффузии ионов из плазмы крови в диализат, либо коррекция изоосмолярной гипогидратации растворами с пониженным содержанием солей. 4.Снижение ОЦК – повышение вязкости крови – нарушение микроциркуляции – нарушение перфузии органов и тканей с развитием гипоксии. 5.Метаболический ацидоз. 	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	---------------------------------------------------

15.	<p>В клинику поступил мужчина 43 лет с жалобами на частые головные боли в затылочной области, периодически возникающую жажду и сухость во рту. При осмотре обращает на себя внимание избыточная масса тела пациента, признаки ангиопатии нижних конечностей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О какой патологии можно думать в данном случае? 2. Назовите компоненты данного синдрома. 3. Патогенез данной патологии. 4. Возможно ли воздействовать на течение данного заболевания путем лечебно-профилактических мероприятий? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Метаболический синдром. 2. Компоненты МС: <ul style="list-style-type: none"> абдоминальная форма ожирения; дислипидемия; повышение артериального давления; инсулинорезистентность и/или нарушение толерантности к глюкозе; высокая активность сосудистого воспаления; предрасположенность к тромбозам. 3. В жировой ткани из-за пониженной антилипидической активности инсулина развивается избыточный липолиз, в результате которого происходит значительный выброс в кровотоки свободных жирных кислот. Это приводит к повышению уровня глюкозы, триглицеридов и ЛПНП, продуцируемых печенью. СЖК также снижают чувствительность к инсулину мышц путем ингибирования инсулин-опосредованного транспорта глюкозы. При избытке СЖК захват глюкозы в мышцах снижается, что способствует развитию компенсаторной гиперинсулинемии и гиперлептинемии, которые стимулируют симпатическую нервную систему. <p>Повышение уровня глюкозы, СЖК приводит к повышению секреции инсулина клетками поджелудочной железы. Гиперинсулинемия вызывает повышение реабсорбции</p>	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	---------------------------------------------------

		<p>натрия, активацию симпатoadреналовой системы, что вызывает развитие артериальной гипертензии. Активация симпатической нервной системы под действием гиперинсулинемии и повышенного уровня свободных жирных кислот приводит к нарушению суточного ритма артериального давления. Кроме того, хроническая гиперинсулинемия способствует задержке натрия в организме в результате ускорения его реабсорбции, что увеличивает объем жидкости и общее периферическое сосудистое сопротивление. Продуцируемые адипоцитами и макрофагами провоспалительные цитокины, такие как ФНО-альфа, ИЛ-6, усугубляют выраженность инсулинорезистентности, активируют липолиз в адипоцитах, что еще больше вызывает повышение уровня СЖК. Провоспалительные цитокины и СЖК также повышают синтез фибриногена, что смещает систему гемостаза в сторону тромбообразования.</p> <p>4. Да, возможно.</p>		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

16.	<p>При проведении профилактического осмотра у пациента 46 лет были получены следующие результаты: окружность талии 116 см, уровень триацилглицеридов сыворотки крови 2,11 ммоль/л, уровень гликемии 7,2 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании можно думать у данного человека? 2. Какие показатели липидного спектра будут также свидетельствовать в пользу Вашего предположения? 3. Дайте определение понятия «ожирение». Виды ожирения по характеру изменения жировой ткани. 4. К чему приводит избыточное поглощение свободных жирных кислот гепатоцитами? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Метаболический синдром. 2. Низкие значения уровня холестерина липопротеидов высокой плотности. 3. Ожирение – избыточное накопление липидов в организме в виде триглицеридов. Гипертрофическое и гиперпластическое. 4. Повышается синтез триацилглицеридов и липопротеидов очень низкой плотности 	ТК ГИА	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6
17.	<p>При дообследовании больной 57 лет по поводу впервые выявленного сахарного диабета 2-го типа выставлен диагноз – метаболический синдром.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие разновидности локального ожирения Вы знаете и какое из них характерно для метаболического синдрома? 2. Механизм нарушений липидного обмена при метаболическом синдроме. 3. Назовите сигнальные молекулы паракринного и эндокринного действия, участвующих в патогенезе МС. Основные эффекты лептина. 4. Риск развития каких заболеваний значительно возрастает у пациентов с 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 вида: андроидное и гиноидное. Для метаболического синдрома характерно развитие андроидного типа ожирения. Андроидное и гиноидное ожирение. Андроидный (яблочный) тип ожирения характеризуется отложением жира на животе и верхней части туловища. При гиноидном (грушевидном) типе жир откладывается на бедрах, ягодицах. Первый тип характерен для мужчин, второй – для женщин, что зависит от распределения $\alpha 2$-адренорецепторов в разных отделах жировой ткани. 2. Увеличение доли висцеральных липоцитов 	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6

	<p>диагнозом метаболический синдром?</p>	<p>приводит к активации метаболизма в гепатоцитах и способствует развитию стеатоза печени и дислипемии. Возникает гиперлипопротеидемия IV типа, происходит усиленный обмен эфирами ХС между ЛПОНП и ЛПВП. Из-за этого время циркуляции и концентрации ЛПВП сокращается, липопротеидные фракции обогащаются триглицеридами, средний размер частиц ЛПНП становится под действием липопротеиновой липазы меньше, а их атерогенный потенциал – выше. Дислипидемия и гипергликемия вместе с гиперинсулинемией оказывают атерогенное действие на сосуды.</p> <p>3. Лептин, ФНО-α, ИЛ-1, 6, 8, ингибитор активатора плазминогена I типа, белок-стимулятор ацилирования, ангиотензин II, резистин, адипсин, белок, родственный протеину агути, трансформирующий фактор роста-β, адипофилин, Адипонектин. Лептин уменьшает аппетит и повышает расход энергии организмом. Лептин подавляет образование и выделение гипоталамусом нейропептида Y.</p> <p>4. Кардиоваскулярных заболеваний.</p>		
--	------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

18.	<p>В стационаре при проведении комплексного обследования пациента по поводу гипертонической болезни среди прочих получены следующие результаты: уровень гликемии 6,5 – 8,1 ммоль/л в течение суток, индекс массы тела более 40 кг/м².</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О наличии какого диагноза в данном случае можно думать? 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения Вашего предположения? 3. На основании какого индекса определяется тип ожирения? 4. Как Вы считаете, какие специалисты в дальнейшем должны совместно наблюдать и лечить данного пациента? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Метаболический синдром. 2. Исследование липидного спектра сыворотки крови, эугликемический клэмп-тест, соматометрия. 3. Индекс талия/бедро. 4. Кардиолог и эндокринолог. 	ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
19.	<p>В стационар обратился больной с жалобами на преходящее чувство онемения в конечностях, немотивированную жажду и сухость во рту. При осмотре обращают на себя внимание следующие факты: рост 177 см, вес 109 кг, АД 160-180/90-110 мм.рт.ст., конечности прохладные в дистальных отделах, пульсация на тыле левой стопы отсутствует.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое заболевание можно предположить у данного больного? 2. Назовите диагностические критерии предполагаемого Вами заболевания. 3. Что способствует формированию инсулинорезистентности и в последующем сахарного диабета 2-го типа при 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Метаболический синдром. 2. Критерии метаболического синдрома: абдоминальное ожирение; высокий уровень триацилглицеридов сыворотки крови; низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности; артериальная гипертония; гипергликемия. 3. Ожирение 4. Дефицит РИ (рецепторов инсулина); снижение аффинности к рецептору инсулина, дефицит цитоплазматических белков-субстратов рецепторов инсулина, нарушения протеинкиназного каскада, нарушение синтеза и 	ТК ГИА	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6

	<p>предполагаемом Вами заболеванием?</p> <p>4. Механизмы формирования феномена инсулинорезистентности</p>	<p>транслокации ГЛЮТ-4.</p>		
20.	<p>После проведения операции по поводу врожденного порока сердца ребенок 3-х лет переведен в ОРИТ.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какой вид боли разовьется у данного пациента в послеоперационном периоде?</p> <p>2. Дайте характеристику этому виду боли?</p> <p>3. По каким волокнам проводится данный вид боли?</p> <p>4. Что будет указывать на то, что ребенка беспокоит боль?</p> <p>5. Какие медиаторы участвуют в формировании болевых ощущений?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Протопатическая послеоперационная боль.</p> <p>2. Плохо локализованная, диффузная, тягостная.</p> <p>3. Безмиелиновые, тип С.</p> <p>4. Возбуждение, плач, мимика, повышение АД, повышение ЧДД и ЧСС.</p> <p>5. Гистамин, серотонин, кинины.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>

6. Общественное здоровье и здравоохранение

Коды формируемых компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Тестовые задания

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формы компетенции
1.	<p>ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) изучение - влияния социальных факторов на здоровье населения отдельного человека</p> <p>2) повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия</p> <p>3) снижение стоимости медицинской помощи, повышение доступности и качества лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия</p> <p>4) повышение доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11, ПК-12
2.	<p>ОБРАЗ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПО ИССЛЕДОВАНИЯМ Ю. П. ЛИЦИЦИНА</p> <p>1) наименее значимым фактором для здоровья населения</p> <p>2) фактором не влияющим на здоровье населения</p> <p>3) фактором доля влияния которого на здоровье населения составляет около 20%</p> <p>4) наиболее значимым фактором для здоровья населения</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
3.	<p>КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ОКАЗЫВАЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ (ПО Ю. П. ЛИЦИЦИНУ)</p> <p>1) образ жизни</p> <p>2) миграция населения</p> <p>3) внешняя среда</p> <p>4) наследственность</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
4.	<p>ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) приоритет профилактических мер в области здравоохранения</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12

	<p>2) самообеспечение граждан в случае утраты здоровья</p> <p>3) платность и софинансирование медицинской помощи для инвалидов</p> <p>4) расширение показаний для лечения в круглосуточных стационарах</p>			
5.	<p>КАКИЕ ВЫСШИЕ ОРГАНЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ И УПРАВЛЕНИЯ РФ ЯВЛЯЮТСЯ ПОЛНОМОЧНЫМИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН</p> <p>1) всемирная организация здравоохранения</p> <p>2) органы управления здравоохранения в крае (области)</p> <p>3) Министерство здравоохранения и социального развития РФ</p> <p>4) Президент РФ</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-12
6.	<p>КАКИЕ ВЫСШИЕ ОРГАНЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ И УПРАВЛЕНИЯ РФ ЯВЛЯЮТСЯ ПОЛНОМОЧНЫМИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН?</p> <p>1) органы управления здравоохранения в крае (области);</p> <p>2) Министерство здравоохранения и социального развития РФ</p> <p>3) Президент РФ;</p> <p>4) нет правильного ответа</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-11
7.	<p>ПРЕДПРИЯТИЯ И УЧРЕЖДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ, МУНИЦИПАЛЬНОЙ И ЧАСТНОЙ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОГУТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ:</p> <p>1) сертификата соответствия стандартам;</p> <p>2) лицензии на медицинские услуги и работы;</p> <p>3) сертификата и лицензии;</p> <p>4) разрешения органа местного самоуправления</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-12
8.	<p>ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ЛИЦЕНЗИЙ УЧРЕЖДЕНИЯМ ВСЕХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ:</p> <p>1) Президентом РФ;</p> <p>2) Правительством РФ;</p> <p>3) Федеральным Собранием РФ;</p> <p>4) Министерством здравоохранения и социального развития РФ</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-11, ПК-12
9.	КАКОЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ	1	ВК	ПК-10, ПК-11

	<p>ОПРЕДЕЛЕНИЙ ПОНЯТИЯ "ЗДОРОВЬЕ" ОТНОСИТСЯ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ДАННОМУ ВОЗ (1958)?</p> <p>1) здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов</p> <p>2) здоровье человека - это гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями.</p> <p>3) здоровье - это процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни.</p> <p>4) здоровье - это динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой, при котором все заложенные в биологической и социальной сущности человека способности проявляются наиболее полно.</p>		ТК ГИА	
10.	<p>КАКОЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ОПРЕДЕЛЕНИЙ ПОНЯТИЯ "ЗДОРОВЬЕ" ОТНОСИТСЯ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ДАННОМУ Ю. П. ЛИСИЦЫНЫМ (1989)?</p> <p>1) здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.</p> <p>2) здоровье человека - это гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями.</p> <p>3) здоровье - это процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни.</p> <p>4) здоровье - это динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой, при котором все заложенные в биологической и социальной сущности человека способности проявляются наиболее полно.</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
11.	К АМБУЛАТОРНО-	2	ВК	ПК-11, ПК-12

	ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ НЕ ОТНОСЯТСЯ: 1) территориальные поликлиники 2) профилактории 3) медико-санитарные части 4) диспансеры 5) дет. поликлиники		ТК ГИА	
12.	НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ВМЕСТЕ С ВРАЧОМ РАБОТАЕТ: 1) фельдшер 2) узкий специалист 3) мед. сестра 4) две медицинские сестры	3	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
13.	В ШТАТ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОЛИКЛИНИКИ НЕ ВХОДЯТ: 1) хирург 2) невролог 3) кардиоревматолог 4) окулист 5) психиатр	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
14.	КАКИЕ ЗАДАЧИ В РАМКАХ ПЕРВОГО ЭТАПА РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»? 1) повышение мотивации медицинского персонала 2) стандартизованное переоснащение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по реабилитации 3) модернизация и улучшение материально-технической базы санаториев с учетом особенностей ландшафтно-климатических условий, профиля курорта. 4) создание отделений (кабинетов) реабилитации в МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в каждом субъекте РФ	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
15.	НАЗОВИТЕ ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ: 1) развитие специализированной медицинской помощи 2) этапность медицинской помощи 3) рост эффективности первичной медико-санитарной помощи 4) увеличение количества санитарного транспорта	3	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
16.	ПАЦИЕНТЫ, КОТОРЫЕ НА МОМЕНТ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА НЕ ИМЕЮТ ЖАЛОБ И ОБЪЕКТИВНЫХ	1	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12

	<p>НАРУШЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, НО ПЕРЕНЕСШИЕ РАНЕЕ (2 ГОДА) ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ СЧИТАТЬСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) абсолютно здоровыми 2) практически здоровыми 3) больными 4) хроническими больными 5) не должны подвергаться диспансерному осмотру 			
17.	<p>КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ ОХВАТУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЕЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) здоровые, объединенные условиями жизни 2) здоровые люди в возрастной категории старше 60-ти лет 3) здоровые, объединенные общими возрастными-физиологическими особенностями (дети, беременные женщины) 4) здоровые люди в возрастной категории старше 50-ти лет 5) работающие 	3	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
18.	<p>ОСНОВНЫМИ УЧЕТНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) амбулаторная карта (ф.025/у) 2) стат. талон (ф.025-2/у) 3) экстренное извещение (ф. 058/у) 4) выписка из карты стационарного (амбулаторного) больного (ф.027/у) 5) все перечисленное 	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
19.	<p>УЧАСТКОВОСТЬ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ФОРМУЛОЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) (сделано посещ. жителями района обслуж. х 100)/ сделано посещений жителями своего участка 2) (сделано посещ. жителями своего участка х 100)/ сделано посещ. жителями района обслуживания 3) (сделано посещ. к участковому терапевту х 100)/ сделано посещений к узким специалистам 4) (сделано посещ. к узким специалистам X 100)/ сделано посещений к участковому терапевту 5) (сделано посещ. к узким специалистам X 1000)/ сделано посещений к участковому 	2	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12

	терапевту			
20.	<p>ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА, К ЧИСЛУ ВРАЧЕЙ, ВЕДУЩИХ НАБЛЮДЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <p>1) качество диспансеризации 2) охват диспансерным наблюдением по отдельным заболеваниям 3) своевременность взятия на диспансерное наблюдение 4) среднее число диспансерных наблюдений у одного врача 5) среднее число диспансерных наблюдений на одном участке</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
21.	<p>ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ - ЭТО:</p> <p>1) предупреждение возникновения острых и хронических заболеваний 2) метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья всех групп населения, включающий комплекс социальных, профилактических и лечебных мероприятий 3) комплекс мероприятий по снижению общей заболеваемости населения 4) комплекс мероприятий по пропаганде зож 5) современная форма работы участкового врача</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12
22.	<p>КАКОВЫ ГЛАВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ?</p> <p>1) владение знаниями и практическими навыками по терапии и смежным специальностям 2) владение знаниями и практическими навыками по акушерству, гинекологии и педиатрии 3) владение знаниями и практическими навыками по хирургии 4) владение знаниями и практическими навыками по педиатрии 5) владение знаниями практическими навыками по кардиологии</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
23.	<p>ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ ДОСТУПНОСТЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ?</p> <p>1) продолжительный амбулаторный прием</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12

	<p>2) универсальность знаний и практических навыков и высокая техническая оснащенность</p> <p>3) развитая система мед. страхования</p> <p>4) вызов врача на дом к больному в любое время суток</p> <p>5) все вышеперечисленное</p>			
24.	<p>К АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>1) территориальные поликлиники</p> <p>2) профилактории</p> <p>3) медико-санитарные части</p> <p>4) диспансеры</p> <p>5) дет. поликлиники</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12
25.	<p>КАК РАССЧИТАТЬ ЧИСЛО ПОСЕЩЕНИЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ОДНОГО ЖИТЕЛЯ В ГОД</p> <p>1) (число посещений врачей всего)/ общая численность населения</p> <p>2) (общая численность населения)/ число посещений врачей всего</p> <p>3) (число посещений врачей всего)/ число врачей в поликлинике</p> <p>4) (общая численность населения)/ число посещений к медицинской сестре на</p> <p>5) (общая численность населения)/ число посещений к фельдшеру на прием.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
26.	<p>ПОКАЗАТЕЛЬ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ:</p> <p>1) (число зарегистрированных заболеваний с диагнозом установл. впервые $X 1000$)/ численность обслуживаемого населения</p> <p>2) (число отдельных заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни с установл. диагнозом $X 1000$)/ численность обслуживаемого населения</p> <p>3) (число зарегистрированных заболеваний с диагнозом установл. впервые в жизни $X 100$)/ число отдельных заболеваний с диагнозом установленным впервые в жизни</p> <p>4) (число отдельных заболеваний с диагнозом установл. впервые в жизни $X 100$)/ число зарегистрированных заболеваний с диагнозом установл. впервые в жизни</p> <p>5) (число отдельных заболеваний,</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11, ПК-12

	зарегистрированных впервые в жизни с установлен. диагнозом X 10000)/ численность обслуживаемого населения			
27.	НОРМАТИВ ОБСЛУЖИВАЕМОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ОДНОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1) 1000 человек 2) 2000 человек 3) 1700 человек 4) 2500 человек 5) 1200 человек	3	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
28.	В ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА НЕ ВХОДИТ: 1) оказание мед. помощи на дому 2) оказание специализированной медицинской помощи 3) своевременная госпитализация пациентов, нуждающихся в стационарном лечении 4) проведение экспертизы временной нетрудоспособности 5) направление больных на санаторно-курортное лечение	2	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
29.	В СООТВЕТСТВИИ С НОМЕНКЛАТУРОЙ К СТАЦИОНАРНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ 1) республиканская больница для взрослых 2) краевая, областная больницы для взрослых 3) краевая, областная больницы для детей 4) центральная районная больницы 5) центральная городская аптека	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
30.	ОСНОВНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) смещение акцентов к увеличению объема амбулаторно-поликлинической помощи 2) развитие стационаро-замещающих технологий 3) этапность в оказании медицинской помощи 4) дифференциация больничных учреждений по интенсивности лечебно-диагностического процесса 5) все вышеперечисленное	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
31.	НЕ ОТНОСИТСЯ	К 5	ВК	ПК-11, ПК-12

	СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯМ СТАЦИОНАРА 1) кардиологическое 2) ожоговое 3) нейрохирургическое 4) фтизиатрическое 5) абортарий		ТК ГИА	
32.	ПОД ПОТРЕБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОНИМАЕТСЯ 1) число коек на определенную численность населения 2) процент населения, нуждающегося в госпитализации 3) число госпитализированных за год больных 4) число врачебных должностей стационара на определенную численность населения 5) число должностей стационара среднего мед персонала на определенную численность населения	2	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
33.	ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ 1) создание межрайонных (межмуниципальных) специализированных центров и больниц 2) специализацию коечного фонда 3) дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса 4) этапность в оказании медицинской помощи 5) все вышеперечисленное	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
34.	ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ 1) круглосуточную госпитализацию больных по профилям заболеваний 2) оказание первой медицинской помощи нуждающимся 3) анализ расхождений диагнозов «скорой» и приемного отделения 4) анализ причин отказа в госпитализации 5) выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
35.	БОЛЬНИЦЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЗДАЮТСЯ 1) в городах с населением 1 млн. человек и более	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11

	<p>2) в городах с населением 500 тыс. человек</p> <p>3) в городах с населением 200 тыс. человек</p> <p>4) в городах с населением 800 тыс. человек</p> <p>5) в сельских населенных пунктах</p>			
36.	<p>ДЕЖУРНЫЙ ВРАЧ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ, КРОМЕ</p> <p>1) принимает и оказывает помощь поступающим больным</p> <p>2) наблюдает за тяжелыми больными</p> <p>3) консультирует больных в приемном отделении</p> <p>4) выдает справки о смерти больного</p> <p>5) госпитализирует в случае необходимости</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-12
37.	<p>ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ СТАЦИОНАРА И ПОЛИКЛИНИКИ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ</p> <p>1) подготовку больного к госпитализации</p> <p>2) анализ совпадения диагнозов поликлиники и стационара</p> <p>3) анализ обоснованности направления на госпитализацию</p> <p>4) централизацию плановой госпитализации</p> <p>5) все выше перечисленное</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-11
38.	<p>ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ СТАЦИОНАРА И «СКОРОЙ» ПОМОЩИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВО ВСЕМ, КРОМЕ</p> <p>1) продолжения в стационаре начатого на догоспитальном этапе лечения</p> <p>2) анализа совпадений диагнозов стационара и «скорой»</p> <p>3) госпитализации на свободную койку</p> <p>4) создания больниц «скорой помощи»</p> <p>5) создание отделений скорой помощи в больничном учреждении</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-12
39.	<p>СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – ЭТО:</p> <p>1) медицинская помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий;</p> <p>2) медицинская помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики;</p> <p>3) медицинская помощь с</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-11

	использованием специальных сложных медицинских технологий 4) медицинская помощь с использованием сложных медицинских технологий			
40.	ВИДЫ И СТАНДАРТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, УСТАНОВЛИВАЮТСЯ: 1) правительством Российской Федерации 2) министерством здравоохранения 3) федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения 4) ТФОМС	3	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
41.	ТОЛЬКО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ (УКАЗАТЬ НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ): 1) гематологическая, дерматовенерологическая, диабетологическая, колопроктологическая, неонатологическая, онкологическая для взрослых и детей, специализированная медицинская помощь при инфекционных заболеваниях, психиатрическая, психиатрическая-наркологическая, стоматологическая, урологическая-андрологическая, фтизиатрическая, медико-генетическая 2) гематологическая, дерматовенерологическая, диабетологическая, колопроктологическая, неонатологическая, онкологическая для взрослых и детей, специализированная медицинская помощь при инфекционных заболеваниях, психиатрическая, психиатрическая-наркологическая, стоматологическая, урологическая-андрологическая, фтизиатрическая, медико-генетическая, сердечно-сосудистая хирургия 3) гематологическая, дерматовенерологическая, диабетологическая, колопроктологическая, неонатологическая, онкологическая для взрослых и детей, специализированная	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>медицинская помощь при инфекционных заболеваниях, психиатрическая, психиатрическая-наркологическая, стоматологическая, урологическая-андрологическая, фтизиатрическая, медико-генетическая, сердечно-сосудистая хирургия, ортопедо-травматологическая</p> <p>4) дерматовенерологическая, диабетологическая, колопроктологическая, неонатологическая, онкологическая для взрослых и детей, специализированная медицинская помощь при инфекционных заболеваниях, психиатрическая, психиатрическая-наркологическая, стоматологическая</p>			
42.	<p>СЕТЬ КРАЕВЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПРЕДСТАВЛЕНА (НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ):</p> <p>1) фтизиатрическая служба, дерматовенерологическая служба, наркологическая служба, психиатрическая служба, «Красноярский краевой онкологический диспансер», «Краевая клиническая больница», «Красноярская краевая детская больница», «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики»</p> <p>2) фтизиатрическая служба, дерматовенерологическая служба, наркологическая служба, психиатрическая служба, онкологическая служба</p> <p>3) фтизиатрическая служба, дерматовенерологическая служба, наркологическая служба, психиатрическая служба, «Красноярский краевой онкологический диспансер», «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики»</p> <p>4) дерматовенерологическая служба, наркологическая служба, психиатрическая служба, онкологическая служба</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
43.	<p>ФТИЗИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КРАЯ ПРЕДСТАВЛЕНА:</p> <p>1) противотуберкулезными диспансерами, краевыми туберкулезными больницами, краевыми детскими</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11

	<p>туберкулезными санаториями, туберкулезными отделениями при ЦРБ, ЦГБ, туберкулезными кабинетами</p> <p>2) противотуберкулезными диспансерами</p> <p>3) противотуберкулезными диспансерами, краевыми туберкулезными больницами</p> <p>4) краевыми туберкулезными больницами, противотуберкулезными диспансерами туберкулезными кабинетами</p>			
44.	<p>ПОД МОРАЛЬНЫМ ВРЕДОМ В ГРАЖДАНСКОМ ПРАВЕ ПОНИМАЮТ:</p> <p>1) нравственные переживания;</p> <p>2) убытки, возникшие вследствие причинения вреда здоровью;</p> <p>3) физический вред здоровью;</p> <p>4) упущенную выгоду;</p> <p>5) нравственные и физические страдания.</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
45.	<p>В СЛУЧАЕ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ МЕДРАБОТНИКОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРЕДУСМОТРЕНА ЗА:</p> <p>1) причинение легкого вреда здоровью;</p> <p>2) причинение тяжкого вреда по неосторожности;</p> <p>3) причинение смерти или тяжкого вреда по неосторожности;</p> <p>4) причинение вреда здоровью пациенту по неосторожности;</p> <p>5) нет правильного ответа.</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
46.	<p>В СЛУЧАЕ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН ВИНОВНЫЕ ОБЯЗАНЫ:</p> <p>1) возместить причиненный ущерб в порядке и объеме, установленных законом РФ;</p> <p>2) возместить упущенную выгоду в объеме, предусмотренном законодательством РФ;</p> <p>3) выплатить неустойку в размере, предусмотренном законодательством РФ;</p> <p>4) возместить причиненный ущерб и уплатить штраф в порядке и объеме, установленных законом РФ;</p> <p>5) нет правильного ответа.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11, ПК-12
47.	ВОЗМЕЩЕНИЕ УЩЕРБА	5	ВК	ПК-10, ПК-12

	<p>ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАНИНА ОСВОБОЖДАЕТ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ОТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дисциплинарной ответственности; 2) уголовной ответственности; 3) административной ответственности; 4) всех видов ответственности; 5) нет правильного ответа. 		<p>ТК ГИА</p>	
48.	<p>ЛИЦА, СОВМЕСТНО ПРИЧИНИВШИЕ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН НЕСУТ ПО ВОЗМЕЩЕНИЮ УЩЕРБА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) солидарную ответственность; 2) субсидиарную ответственность; 3) в зависимости от вины причинителя; 4) ответственности не несут; 5) нет правильного ответа. 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-10, ПК-11
49.	<p>В КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СТРАН ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ НАИМЕНЬШАЯ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Швеция; 2) Великобритания; 3) Япония; 4) Канада; 5) Россия. 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-10, ПК-12
50.	<p>ИМЕЕТ ЛИ ПРАВО ВОЗ ПЕРЕСМАТРИВАТЬ «МЕЖДУНАРОДНУЮ СТАТИСТИЧЕСКУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ»?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не имеет права; 2) имеет право самостоятельно решать вопрос; 3) имеет право с согласия других международных организаций. 4) имеет право совместно с другими международными организациями 5) всё выше перечисленное 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-10, ПК-11, ПК-12
51.	<p>В КАКИХ ДОКУМЕНТАХ ФИКСИРУЮТСЯ ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРЕБОВАНИЙ СОБЛЮДЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В ХОДЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) медицинская карта амбулаторного больного; 	1, 2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-11, ПК-12

	<p>2) история болезни;</p> <p>3) договор об оказании медицинских услуг.</p> <p>4) страховой полис</p> <p>5) статистический талон</p>			
52.	<p>НАЗОВИТЕ ОБЩЕЕ В ПРЕДМЕТЕ РЕГУЛИРОВАНИЯ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ДЕОНТОЛОГИИ И БИОЭТИКИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ.</p> <p>1) регулирование межличностных отношений, возникающих при оказании медицинской помощи,</p> <p>2) регулирование межорганизационных отношений, возникающих в ходе организации медицинской помощи;</p> <p>3) регулирование как межличностных, так и межорганизационных отношений.</p> <p>4) регулирование межличностных и межэтнических отношений</p> <p>5) регулирование межличностных, межэтнических так и межорганизационных отношений</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12
53.	<p>К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>1) заболеваемость с вут</p> <p>2) госпитализированная заболеваемость</p> <p>3) полнота охвата беременных диспансерным наблюдением</p> <p>4) летальность</p> <p>5) все выше перечисленное</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
54.	<p>ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИЛЬНОГО ДОМА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) заболеваемость беременных женщин</p> <p>2) материнская смертность</p> <p>3) полнота обследования беременных</p> <p>4) среднее число посещений до родов</p> <p>5) число принятых «родовых сертификатов»</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
55.	<p>ПРИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ КРАТНОСТЬ ПОСЕЩЕНИЙ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНОЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>1) 14-16 раз за весь период наблюдения</p> <p>2) 12-14</p> <p>3) 10-12</p> <p>4) 5- 10</p> <p>5) не менее 5</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
56.	ПОСТУПЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ	5	ВК	ПК-10, ПК-11

	<p>ЖЕНЩИНЫ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ В ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЗДНИМ В СРОК:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) после 3-х мес. беременности 2) после 4-х “-” 3) после 5-ти “-” 4) после 6-ти “-” 5) после 7-ми “-” 		<p>ТК ГИА</p>	
57.	<p>К ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ РАБОТУ С ДЕТЬМИ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ, ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) систематичность наблюдения 2) своевременность проведения профилактических прививок 3) показатель частоты рахита и гипотрофии 4) частота грудного вскармливания 5) все перечисленное 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-11, ПК-12
58.	<p>ЧТО КОНТРОЛИРУЕТСЯ НА ЭТАПЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА В ДОШКОЛЬНЫЙ ПЕРИОД?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) физическое развитие 2) рациональное питание 3) иммунологический статус 4) все перечисленное 5) ничего из перечисленного 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-10, ПК-12

Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Уметь анализировать показатели работы структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медицинских, организационных, экономических технологий, при оказании медицинских услуг.	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2.	Уметь использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации).	ТК ГИА	УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12
3.	Знать документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12
4.	Владеть способностью и готовностью к обобщению, анализу, восприятию информации, постановке цели и выбору путей ее достижения.	ТК ГИА	УК-2, ПК-10, ПК-11, ПК-12
5.	Уметь разрешать конфликты с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм.	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12
6.	Знать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.	ТК ГИА	УК-2, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1	<p>Оценка индивидуального здоровья является базовым компонентом организации системы здравоохранения.</p> <p>1. По каким критериям осуществляется оценка индивидуального здоровья?</p> <p>2. Охарактеризуйте объективные критерии оценки индивидуального здоровья.</p> <p>3. Охарактеризуйте субъективные критерии оценки индивидуального здоровья.</p> <p>4. Какую роль в оценке индивидуального здоровья занимают наследственные и генетические риски.</p> <p>5. Охарактеризуйте оценку резервных возможностей для определения уровня индивидуального здоровья.</p>	<p>1. Индивидуальное здоровье оценивается по субъективным и объективным критериям.</p> <p>2. Отклонение от нормы,отяжеленная наследственность, наличие генетического риска, резервные возможности, физическое и психическое состояние.</p> <p>3. Самочувствие, самооценка, шкалы опросники качества жизни пациента зависящего от здоровья.</p> <p>4. В настоящее время определено и ведется разработка предикторов «генов риска» для формирования превентивных мер у конкретного индивидуума по сохранению и укреплению его здоровья.</p> <p>5. Изначально активным изучением резервных возможностей организма занимались специалисты спортивной, космической, военной медицины. Однако, в настоящее время, разработано множество простых и высокотехнологичных тестов, которые могут как в центрах профилактики, так и пациентом самостоятельно в бытовых условиях.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2	<p>Здоровье является многогранной характеристикой в связи, с чем существует несколько десятков определений данного понятия.</p> <p>1. Дайте определение здоровья человека по Венедиктову Д. Д.</p> <p>2. Дайте определение</p>	<p>1. Здоровье человека – это динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой, при котором все заложенные в биологической и социальной сущности человека способности проявляются наиболее полно.</p> <p>2. Здоровье человека – это процесс сохранения и развития</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>здоровья человека по Казначееву В. П.</p> <p>3. Дайте определение здоровья человека по Амосову Н. М.</p> <p>4. Дайте определение здоровья человека по Лисицыну Ю. П.</p> <p>5. Являются ли приведенные определения взаимно-исключающими или у них есть общие смысловые составляющие.</p>	<p>биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни.</p> <p>3. Здоровье человека - это сумма резервных мощностей основных функциональных систем. В свою очередь, эти резервные мощности следует выразить через коэффициент резерва, как максимальное количество функции, отнесенное к ее нормальному уровню.</p> <p>4. Здоровье человека – это гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями.</p> <p>5. Приведенные выше определения не в коей мере не взаимоисключающие, а взаимодополняющие. Общие же акценты можно поставить на гармоничное развитие всех функций организма, развитие его резервных возможностей, активное долголетие и социальную полезность индивидуума.</p>		
3	<p>Дефиниция общественного здоровья является определяющей в стратегии построения системы здравоохранения.</p> <p>1. Какое определение здоровья населения является наиболее признанным.</p> <p>2. На чем делается акцент в данном определении здоровья населения.</p> <p>3. Какое определение делает акцент на факторы обуславливающие</p>	<p>1. Здоровье населения - медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определённых социальных общностей.</p> <p>2. Выше приведенное определение акцентировано на благополучии людей и ресурсной значимости.</p> <p>3. Общественное здоровье — это здоровье населения,</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>общественное здоровье.</p> <p>4. Какая глава уголовного кодекса РФ предусматривает ответственность за преступления против здоровья населения.</p> <p>5. Какая глава Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях предусматривает ответственность за преступления против здоровья населения.</p>	<p>обусловленное комплексным воздействием биологических и социальных факторов окружающей среды при определяющем значении общественно-политического и экономического строя и зависящих от него условий жизни общества (труд, быт, питание, отдых, уровень образования и культуры, здравоохранение).</p> <p>4. Глава 25. УК РФ Преступления против здоровья населения и общественной нравственности.</p> <p>5. Глава 6. АК РФ Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность.</p>		
4	<p>Одной из задач деятельности системы здравоохранения является разделение обслуживаемого населения на группы здоровья.</p> <p>1. Каковы критерии включения в 1 группу здоровья?</p> <p>2. Каковы критерии включения в 2 группу здоровья?</p> <p>3. Каковы критерии включения в 3 группу здоровья?</p> <p>4. Каковы критерии включения в 4 группу здоровья?</p> <p>5. Каковы критерии включения в 5 группу здоровья?</p>	<p>1. 1 группа - здоровые лица (не болевшие в течение года или редко обращающиеся к врачу без потери трудоспособности).</p> <p>2. 2 группа - практически здоровые лица с функциональными и некоторыми морфологическими изменениями или редко болевшие в течение года (единичные случаи острых заболеваний).</p> <p>3. 3 группа - больные с частыми острыми заболеваниями (более 4х случаев и 40 дней нетрудоспособности в году).</p> <p>4. 4 группа - больные с длительно текущими хроническими заболеваниями (компенсированное состояние).</p> <p>5. 5 группа - больные с обострением длительно текущих заболеваний (субкомпенсированное состояние).</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12
5	Важной задачей системы здравоохранения составляет учет и анализ	1. Смертность в зависимости от причин, возраста, пола, места жительства, доступности и	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11,

	<p>показателей общественного здоровья.</p> <p>1. Какие показатели оценки общественного здоровья по демографическим характеристикам Вы знаете.</p> <p>2. Какие показатели оценки общественного здоровья по критерию заболеваемости Вы знаете.</p> <p>3. Какие показатели оценки общественного здоровья по критерию инвалидности Вы знаете.</p> <p>4. Какие показатели оценки общественного здоровья по критерию физического развития.</p> <p>5. Можно ли отнести показатели качества жизни к индикаторам обществе..</p>	<p>качества медицинской помощи.</p> <p>2. Заболеваемость в зависимости от причин, возраста, пола, места жительства, по длительности и исходам.</p> <p>3. Заболеваемость в зависимости от группы, причин, возраста, пола, места жительства.</p> <p>4. Акселерация, ретардация, индексы гармоничности физического развития, оценка адаптационных резервов.</p> <p>5. Да, опросники качества жизни как индивидуальные, так и популяционные широко применяются в оценке общественного здоровья</p>		ПК-12
6	На больницу было выделено 300млн руб. по УМТБ. Куда может потратить эти деньги больница?	Закупку информационных систем и оборудования под них и ремонт и отделка больничных помещений	ТК ГИА	УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12
7	При проведение внутреннего контроля качества было выявлено не соблюдение врачом кардиологом стандартов по лечению пациентов. Что грозит врачу?	Дисциплинарная ответственность возможно и даже выговор, лишение премиальных надбавок.	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12
8	При проведение внутреннего контроля качества было выявлено не соблюдение врачом хирургом стандартов по лечению пациентов. Что грозит врачу?	Дисциплинарная ответственность возможно и даже выговор, лишение премиальных надбавок.	ТК ГИА	УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12
9	Жители города N с численностью населения в возрасте старше 18 лет 100 тысяч человек в 2010 году приходили в поликлиники и вызывали врачей на дом с целью	<p>1 число впервые выявленных заболеваний/число населения \square 1000 670,0</p> <p>2 основной показатель, характеризующий работу поликлиники и отражающий</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12

<p>получения медико-социальной помощи 158 тысяч раз. При этом 67000 пациентам впервые в жизни устанавливались заболевания (диагнозы), а 81000 пациентов приходили на лечение вследствие обострений хронических заболеваний, диагнозы которых были известны и установлены в прошлые годы. 10000 пациентов приходили за консультативной помощью по поводу выбора образа жизни, физического развития, регулирования внутрисемейных отношений.</p> <p>Из 6700 впервые установленных диагнозов наибольшее количество приходилось:</p> <ul style="list-style-type: none"> острое респираторное заболевание, катары с поражением верхних дыхательных путей – 6000 <input type="checkbox"/> ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 2200 <input type="checkbox"/> гипертоническая болезнь – 1600 <input type="checkbox"/> болезни нервной системы – 2800 <input type="checkbox"/> болезни глаз (миопия) – 2200 <input type="checkbox"/> болезни уха и сосцевидных отростков – 1400 <input type="checkbox"/> болезни почек и мочевого пузыря – 1200 <input type="checkbox"/> болезни костно-мышечной системы (суставов) – 1700 <p>1 Рассчитать показатель первичной заболеваемости жителей города N?</p>	<p>количество обратившихся пациентов за один час приема, один месяц, год.</p> <p>3 заболевания, впервые установленные в этом году.</p> <p>Статистический талон (025-у2).</p>		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p>2 Дайте определение понятию «посещений».</p> <p>3 В каких случаях установленное заболевание отмечается знаком «+», какие при этом заполняются учетные статистические документы.</p>			
10	<p>Функция врачебной должности - в чем она выражается, как определяется</p>	<p>Нагрузка на врачебную должность – количество посещений на одну врачебную должность за год, месяц, час приема.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
11	<p>В Красноярском крае проживает 2893926 человека. В 2010 г в крае умерло 39068 человек, родилось 36639 детей. Рассчитайте коэффициент смертности, показатель естественного прироста населения Красноярского края в 2010 году.</p>	<p>Показатель естественного прироста = $\frac{\text{число родившихся} - \text{число умерших}}{\text{численность населения}} \times 1000$ $= \frac{36639 - 39068}{2893926} \times 1000 = -0,8\%$ Коэффициент смертности = $\frac{\text{число умерших за год}}{\text{численность населения}} \times 1000$ $= \frac{39068}{2893926} \times 1000 = 13,5\%$</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
12	<p>Ребёнок 1 года жизни лечился в стационаре по поводу ОРВИ, стенозирующего ларинготрахеита. При поступлении ребёнку были проведены все лабораторные исследования и назначено лечение в соответствии со стандартом. Ребёнок выписался по настоянию матери раньше положенного срока. Выздоровление к моменту выписки не наступило, но острый период купирован. Повторный анализ крови при выписке не проводился. Правильны ли действия лечащего врача в стационаре?</p>	<p>Нет. Лечащий врач должен назначить повторный анализ крови при выписке. Если в анализе будут выявленные изменения которые будут указывать, что ребенок болен, лечение следует продолжать в амбулаторных условиях. При выписке лечащий врач обязан предупредить о последствиях и осложнениях, которые могут наступить у ребенка.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
13	<p>Больной С. находился в</p>	<p>Лечащий врач должен назначить</p>	<p>ТК</p>	<p>УК-3,</p>

	<p>стационаре по поводу пневмонии. Обследование в стационаре проведено в полном объёме, после чего диагноз был подтверждён. На фоне проводимого лечения состояние больного незначительно улучшилось, но больной был выписан из стационара. Какие ошибки допустил лечащий врач стационара?</p>	<p>повторный анализ крови и рентгенографию грудной клетки, провести дифференциальный диагноз с туберкулезом легких. Действия врача были неправомерны.</p>	<p>ГИА</p>	<p>ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
14	<p>Ребёнок поступил в гепатоцентр с диагнозом: вирусный гепатит. В стационаре было проведено дополнительное обследование и выставлен окончательный клинический диагноз: вирусный гепатит А, типичный, острое течение. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, ребёнок выписан домой в удовлетворительном состоянии. При выписке печень не увеличена, биохимический анализ крови – билирубин в норме, АЛАТ незначительно увеличена. Какие рекомендации должен дать лечащий врач стационара?</p>	<p>Соблюдение диеты, режимных моментов, освобождение от физических нагрузок, продолжить лечение гепатопротекторами, повторное исследования печеночных ферментов повторить через 7-10 дней.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
15	<p>Больной К. находился на стационарном лечении по поводу инфаркта миокарда. Все диагностические и лечебные мероприятия выполнены в полном соответствии с необходимыми требованиями стандарта. При выписке из</p>	<p>Не сделано ЭКГ исследование при выписке.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>

	стационара остаётся незначительное чувство дискомфорта в грудной клетке и не сделана контрольная ЭКГ. Какую ошибку допустил лечащий врач стационара?			
16	Назовите основные группы показателей деятельности стационарных медицинских учреждений.	Показатели обеспеченности населения стационарной помощью, показатели работы больничной койки, больничная летальность, послеоперационная летальность, показатель хирургической активности в стационаре.	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12
17	Как осуществляется преемственность в работе стационарных медицинских учреждений с поликлиническими учреждениями?	Из амбулаторно-поликлинических учреждений в стационарное учреждение больному предоставляется выписка из амбулаторной карты (форма 027/у), а из стационарного учреждения в амбулаторно-поликлиническое учреждение выписку из истории болезни (форма 027/у).	ТК ГИА	УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12
18	Какие специализированные стационарные учреждения Вы знаете?	Онкологический диспансер, психоневрологический диспансер, противотуберкулезный диспансер, дерматовенерологический диспансер и др. учреждения здравоохранения, оказывающие специализированную медицинскую помощь.	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12
19	Какие основные медицинские документы заполняются в стационаре	История болезни (форма 027/у)., выписка из истории болезни, карта выбывшего из стационара.	ТК ГИА	УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12
20	Пациенту вылечили кариес, но зуб продолжал болеть, и через неделю вылетела пломба. 1 Может ли пациент потребовать вернуть деньги в полном объеме? 2 В каком порядке необходимо действовать пациенту, в случае отказа?	Согласно ст. 1064 ГК РФ вред, причиненный личности подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред, если это лицо не докажет, что вред причинен не по его вине. Такая имущественная ответственность возникает при наличии следующих условий (оснований):	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>3 Можно ли в данном случае говорить о причинении вреда?</p>	<p>1. Причинение пациенту вреда; 2. Противоправность действий лиц, причинивших вред (совершение деяний не отвечающих полностью или частично официальным требованиям, предписаниям, правилам; наличие недостатка медицинской услуги, т.е. ее несоответствие стандарту, условиям договора или обычно предъявляемым требованиям.); 3. Причинная связь между противоправным деянием и возникшим вредом 4. Вина причинителя вреда. В случае отказа решение возникшего спора, возможно в порядке гражданского судопроизводства. Необходимым условием возникновения ответственности медицинского учреждения является причиненный пациенту вред. Согласно приказу МЗ РФ № 407 от 10.12.1996г. под вредом здоровью следует понимать: - телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или физиологических функций; - заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических. Вред здоровью включает в себя 2 самостоятельных элемента: имущественный ущерб и моральный вред (физические и нравственные страдания). Требования пациента о возмещении причиненного вреда могут быть удовлетворены только при наличии всех перечисленных оснований ответственности и возможности доказать их в процессе судебного</p>		
--	----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		разбирательства.		
21	<p>В государственной клинике по возмездному договору вовремя не выполнили обязательства по лечению у стоматолога. Клиент обратились в суд по возмещению морального ущерба.</p> <p>- что должны доказать? - какую сумму могут требовать?</p>	<p>Пациенту в данной ситуации необходимо доказать, что в связи с неисполнением договора, действиями медицинского учреждения ему причинен моральный вред. Необходимо доказать причинение морального вреда и наличие причинно-следственной связи между моральным вредом и неисполнением договора.</p> <p>Под моральным вредом понимаются физические и нравственные страдания.</p> <p>Статья 151 ГК РФ предусматривает, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.</p> <p>При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред. А также, в соответствии со ст. 1101 ГК РФ размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях,</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12

		<p>когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости. Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен моральный вред, и индивидуальных особенностей потерпевшего.</p>		
22	<p>Гражданин Г. обратился в суд с иском о возмещении средств затраченных на лечение к МУЗ ЦРБ №1, т.к. в период лечения в стационаре, больным Г на собственные средства приобретались лекарства, которые входят в список лекарств предоставляемых бесплатно. Удовлетворит ли суд требования истца? Изменится ли ситуация, если медицинское учреждение будет являться частной организацией?</p>	<p>В изложенной ситуации суд удовлетворит требования истца, т.к. Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, которая определяет виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой гражданам РФ на территории РФ бесплатно, предусмотрена стационарная медицинская помощь. При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан в соответствии с законодательством РФ необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. Финансирование Программы осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, средств бюджетов всех уровней (Постановление Правительства РФ от 30.12.2006г.) № 885)</p> <p>В случае прохождения лечения гражданина Г. в частной медицинской организации, лечение будет осуществляться за счет средств самого гражданина Г</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
23	<p>Дежурным врачом при осмотре на дежурстве пациентки,</p>	<p>Данное деяние квалифицируется в соответствии с ч.2 ст.109 УК РФ как неосторожное</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-3, ПК-10, ПК-11,</p>

	<p>пожаловавшейся на сильные головные боли, был зафиксирован подъем артериального давления и назначена инъекция дибазола. Врач не выяснил, что у больной на инъекцию дибазола ранее возникала крапивница. Через 15 минут после внутримышечного введения препарата медсестрой у больной развился анафилактический шок, повлекший смерть.</p> <p>1 Квалифицируйте преступление. 2 Определите элементы состава преступления.</p>	<p>причинение смерти, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.</p> <p>Объект преступления – жизнь человека.</p> <p>Объективная сторона:</p> <ul style="list-style-type: none"> - действия, по причинению вреда жизни и здоровью человека, вследствие ненадлежащего исполнения врачом своих обязанностей, т.к. одним из мероприятий по предупреждению неблагоприятных исходов является выявление наличия (отсутствия) аллергической реакции на вводимый препарат. - общественно-опасные последствия в виде смерти пациента и причинно-следственная связь между действиями (бездействием) врача и общественно-опасными последствиями. <p>Субъективная сторона – вина в форме неосторожности (небрежность), медицинский работник не предвидел возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействий), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть эти последствия.</p> <p>Субъект преступления – специальный субъект – лицо исполняющее профессиональные обязанности, в данном случае врач.</p>		ПК-12
24	<p>Двухмесячная девочка в тяжелом состоянии была доставлена в больницу с диагнозом коклюш. Для введения лекарства девочке установили катетер. В результате неудачного введения</p>	<p>Данное деяние квалифицируется в соответствии с ч.2 ст. 118 УК РФ: причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.</p> <p>Состав преступления:</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>катетера у ребенка образовался тромбоз артерии правого предплечья. Образовавшийся тромб нужно было срочно удалять, однако врачи назначили девочке медикаментозное лечение. В результате не правильно принятых мер девочке ампутировали руку.</p> <p>1 Квалифицируйте преступление. 2 Определите элементы состава преступления.</p>	<p>Объект преступления – здоровье ребенка (потеря органа). Объективная сторона:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öffentliches gefährliches Handeln: unzulässige Ausführung durch medizinisches Personal von beruflichen Pflichten, einschließlich einer unrichtigen Katheterplatzierung, einer medikamentösen Behandlung anstelle der Entfernung des gebildeten Thrombus; • Öffentliches gefährliches Ergebnis – Verlust des Glieds – Hand. • Kausalkausalzusammenhang zwischen öffentlichem gefährlichem Handeln und Ergebnis: Die Amputation der Hand wurde als Folge davon herbeigeführt, dass eine ärztliche Hilfe in Form einer unrichtigen Katheterplatzierung und einer medikamentösen Behandlung durch nicht zugehöriges Personal geleistet wurde. <p>Субъект преступления – специальный субъект – медицинский персонал. Субъективная сторона – вина в форме неосторожности.</p>		
25	<p>Число новорожденных осмотренных врачом-педиатром в первые три дня после выписки из родильного дома 5000, общее число новорожденных поступивших под наблюдение в детскую поликлинику 5500.</p> <p>1. Рассчитать и оценить охват первым врачебным патронажем новорожденных.</p>	<p>Число новорожденных осмотренных врачом педиатром в первые три дня после выписки из родильного дома 5000 / общее число новорожденных поступивших под наблюдение в детскую поликлинику 5500 * 100 = 91% (должно быть охвачено 90%-100%).</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12
26	<p>Как рассчитывается удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании до 3-мес., 6 мес., 1 года?</p>	<p>Удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании до 3-мес., 6 мес., 1 года = Число детей, находившихся на грудном</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12

		вскармливания до 3-мес., 6 мес., 1 года / Общее число детей данной возрастной группы * 100.		
27	Как рассчитывается инфекционная заболеваемость среди детей?	Инфекционная заболеваемость среди детей = Число детей, заболевших инфекционными заболеваниями / Среднегодовая численность детского населения * 100000	ТК ГИА	УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12
28	Как рассчитывается распределение детей по группам здоровья?	Распределение детей по группам здоровья = Число детей определенного возраста 1(2,3,4,5) группы здоровья / общее число детей данной возрастной группы * 100	ТК ГИА	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12
29	<p>1. Пропишите алгоритм диспансерного наблюдения за ребенком 1-го года жизни в рамках направления «Родовой сертификат».</p> <p>2. В рамках направления «Родовой сертификат» какая сумма средств и каким специалистам поступает в детскую поликлинику?</p> <p>3. Какой номер талона «Родового сертификата» предоставляется на оплату в Фонд социального страхования региона.</p>	<p>1 В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2007 г. N 307 "О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни" осуществляют: невролог, детский хирург, детский стоматолог, детский травматолог-ортопед и отоларинголог.</p> <p>2 Сумма средств 1 тысяча рублей за 1-е полугодие жизни ребенка, 1 тысяча рублей за 2-е полугодие жизни ребенка, только узким специалистам участвующим в осмотре детей первого года жизни.</p> <p>3 Талон №3 «Родового сертификата».</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12

7. Клиническая фармакология

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1	<p>ФАРМАКОТЕРАПИЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРОВОДИТСЯ В УСЛОВИЯХ</p> <p>1) экономической системы 2) формулярной системы 3) фармакологической системы 4) клинической системы 5) социальной системы</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
2	<p>ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ</p> <p>1) второстепенные 2) жизненно-важные 3) необходимые 4) дорогостоящие 5) доступные</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
3	<p>ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ВАЖНЫЕ ДЛЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ, ИМЕЮЩИЕ ОПАСНЫЙ ДЛЯ ЖИЗНИ СИНДРОМ ОТМЕНЫ, ПОСТОЯННО НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНИ</p> <p>1) второстепенные 2) важные 3) жизненно-важные 4) необходимые 5) доступные</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
4	<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ ПОЗВОЛЯЕТ ДОБИТЬСЯ МИНИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕ ТОЛЬКО БЕЗ ПОТЕРИ, НО И</p> <p>1) с понижением качества оказания медицинской помощи 2) с повышением качества оказания медицинской помощи 3) с контролем над лекарственными расходами 4) с внедрением новых лекарственных препаратов 5) с повышением качества оказания</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8

	медицинской помощи			
5	<p>ПОНЯТИЕ ФАРМАКОДИНАМИКА ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>1) механизм действия и фармакологические эффекты</p> <p>2) пути введения лекарственных средств</p> <p>3) закономерности абсорбции лекарственных средств</p> <p>4) закономерности элиминации лекарственных средств</p> <p>5) нежелательные эффекты лекарственных средств и меры их профилактики</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
6	<p>ФАРМОКОКИНЕТИКА ИЗУЧАЕТ</p> <p>1) всасывание лекарств, распределение, биотрансформацию лекарств</p> <p>2) механизм действия, экскрецию лекарств</p> <p>3) всасывание, распределение, биотрансформацию, экскрецию лекарств</p> <p>4) распределение, биотрансформацию, механизм действия лекарств</p> <p>5) взаимодействие лекарственных средств</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
7	<p>МУТАГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА – ЭТО</p> <p>1) неблагоприятное действие на эмбрион, приводящее к врожденным уродствам</p> <p>2) повреждение генетического аппарата, приводящее к изменению генотипа потомства</p> <p>3) неблагоприятное действие на эмбрион, не вызывающее врожденных уродств</p> <p>4) действие на плод, приводящее к развитию опухолей</p> <p>5) неблагоприятное действие на плод, не вызывающее врожденных уродств</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
8	<p>ВВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫМ ПЕРЕД РОДАМИ СУЛЬФАТА МАГНИЯ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ</p> <p>1) развития нейромышечных блокад и летаргии</p> <p>2) угнетения дыхания</p> <p>3) гепатотоксического действия</p> <p>4) тромбоцитопении</p> <p>5) гипотрофии</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
9	<p>ПОСЛЕДСТВИЯ ВВЕДЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ</p> <p>1) потеря слуха</p> <p>2) поражение кожных покровов</p> <p>3) гипотрофия плаценты и плода</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6

	4) преждевременное закрытие Боталлова протока 5) геморрагический синдром			
10	НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНО ПРИМЕНЕНИЕ В ПЕДИАТРИИ СЛЕДУЮЩИХ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ 1) нитрофураны 2) аминогликозиды 3) пенициллины 4) Ко-тримоксазол 5) фторхинолоны	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
11	1. К ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОМУ ВИДУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ 1) аддитивность 2) « в одном шприце » 3) влияние лекарственных веществ на метаболические превращения других средств 4) индукция микросомальных систем печени 5) ингибция микросомальных систем печени	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
12	К ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИМ ВИДАМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ 1) аддитивность 2) « в одном шприце » 3) влияние лекарственных веществ на метаболические превращения других средств 4) синергизм 5) суммация	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
13	ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЙ ТИП ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ НА ЭТАПЕ 1) всасывания 2) распределения 3) взаимодействия с рецепторами 4) биотрансформации 5) выведения	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
14	ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛС 1) любое взаимодействие лекарственных средств 2) взаимодействие лекарств после введения в организм 3) только фармакокинетическое взаимодействие лекарств 4) взаимодействие лекарственных средств до введения в организм	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6

	5) взаимодействие лекарственных средств после выведения из организма			
15	<p>ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛС</p> <p>1) взаимодействие на различных этапах движения лекарственного средства в организме</p> <p>2) взаимодействие на этапе взаимодействия лекарственного средства с рецепторами</p> <p>3) любое взаимодействие лекарственных средств</p> <p>4) взаимодействие лекарственных средств до введения в организм</p> <p>5) взаимодействие лекарственных средств после выведения из организма</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
16	<p>ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА – ЭТО</p> <p>1) взаимодействие лекарственного препарата только со специфическими рецепторными структурами</p> <p>2) распространение импульса возбуждения, вызывающего реакцию эффекторных органов</p> <p>3) действие лекарственного препарата, которое связано с процессами возникновения импульса возбуждения, передающегося по определенным рефлекторным путям</p> <p>4) действие лекарственного препарата, которое возникает одновременно с основным и вызывает отрицательное воздействие на ряд функций тканей и клеток</p> <p>5) действие, приводящее к повышению активности микросомальных ферментов печени</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
17	<p>ОТ ДОЗЫ НЕ ЗАВИСЯТ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛС</p> <p>1) связанные с фармакологическими свойствами Л.С</p> <p>2) токсические осложнения, обусловленные абсолютной или относительной передозировкой</p> <p>3) вторичные эффекты, обусловленные нарушением иммунобиологических свойств организма</p> <p>4) иммунологические реакции немедленного и замедленного типов</p> <p>5) синдром отмены</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
18	<p>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА</p> <p>1) сумма минимальной эффективной и</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6

	<p>максимальной безопасной доз</p> <p>2) разность максимальной безопасной и минимальной эффективной доз</p> <p>3) произведение максимальной безопасной и минимальной эффективной доз</p> <p>4) отношение максимальной безопасной и минимальной эффективной доз</p>			
19	<p>ТЕРМИН, ОБОЗНАЧАЮЩИЙ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КОТОРОЕ ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ВРОЖДЕННЫХ УРОДСТВ</p> <p>1) мутагенное действие</p> <p>2) фетотоксическое действие</p> <p>3) эмбриотоксическое действие</p> <p>4) тератогенное действие</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>ПК-5, ПК-6,</p> <p>ПК-8</p>
20	<p>ФЕТОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ – ЭТО</p> <p>1) неблагоприятное действие на плод, не приводящее к развитию врожденных уродств</p> <p>2) неблагоприятное действие на эмбрион, не приводящее к развитию врожденных уродств</p> <p>3) действие на эмбрион, приводящее к развитию врожденных уродств</p> <p>4) действие на эмбрион, приводящее к развитию некоторых врожденных уродств</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5,</p> <p>ПК-6</p>
21	<p>ДЛЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ХАРАКТЕРНО</p> <p>1) при оральном приеме всасывается в основном из желудка</p> <p>2) при оральном приеме всасывается в основном из верхнего отдела тонкого кишечника</p> <p>3) в организме не метаболизируется</p> <p>4) в организме метаболизируется в стенке желудочно-кишечного тракта и печени</p> <p>5) хорошо проникает в спинномозговую и перитонеальную жидкости</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>ПК-5, ПК-6,</p> <p>ПК-8</p>
22	<p>ДЛЯ ДИКЛОФЕНАКА ХАРАКТЕРНО</p> <p>1) по противовоспалительной активности не превосходит ибупрофен и фенилбутазон</p> <p>2) побочные реакции бывают реже, чем при приеме индометацина (особенно со стороны ЦНС)</p> <p>3) не вызывает побочных реакций</p> <p>4) препарат обладает выраженным анальгетическим и слабым противовоспалительным свойствами</p> <p>5) по анальгетической активности уступает индометацину</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5,</p> <p>ПК-6</p>
23	<p>НПВС, ЧАЩЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЮЩИЕ</p>	2	<p>ВК</p>	<p>ПК-5, ПК-6,</p>

	ЦИТОПЕНИИ 1) ибупрофен 2) индометацин 3) вольтарен 4) нимесулид 5) мелоксикам		ТК ГИА	ПК-8
24	ПРЕПАРАТ, СЕЛЕКТИВНО БЛОКИРУЮЩИЙ ЦИКЛООКСИГЕНАЗУ 2: 1) мелоксикам 2) диклофенак 3) целикоксиб 4) ибупрофен 5) индометацин	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
25	К ПРОИЗВОДНЫМ ФЕНИЛУКСУСНОЙ КИСЛОТЫ ОТНОСИТСЯ 1) диклофенак 2) индометацин 3) нимесулид 4) целекоксиб 5) мелоксикам	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
26	ДЛЯ ПАРАЦЕТАМОЛА ХАРАКТЕРНО 1) меньшее число побочных реакций 2) сильная анальгетическая и противовоспалительная эффективность 3) более раннее наступление жаропонижающего эффекта 4) более продолжительный эффект 5) отсутствие "НПВС-гастропатии"	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
27	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СО СТОРОНЫ ЦНС НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ 1) индометацина 2) ибупрофена 3) диклофенака 4) пироксикама	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
28	НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ 1) напроксена 2) пироксикама 3) ибупрофена 4) аспирина 5) целикоксиб	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
29	НАИБОЛЕЕ ИЗБИРАТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЕТ НА ЦИКЛООКСИГЕНАЗУ- 2 1) целекоксиб 2) нимесулид 3) мелоксикам 4) пироксиам	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6

	5) ацетилсалициловая кислота			
30	ОДНОВРЕМЕННЫЙ ПРИЕМ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ И АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТ ПРИВОДИТ К 1) ослаблению клинической эффективности ацетилсалициловой кислоты 2) полной нейтрализации ацетилсалициловой кислоты 3) повышению концентрации ацетилсалициловой кислоты за счет нарушения ее метаболизма в печени 4) повышению концентрации ацетилсалициловой кислоты в плазме крови за счет снижения скорости ее выделения почками 5) снижению концентрации ацетилсалициловой кислоты за счет нарушения абсорбции в ЖКТ	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
31	ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРЫ 1) состояние функции печени и почек 2) пол больного 3) рост больного 4) сократительная способность миокарда 5) масса миокарда левого желудочка	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
32	АНТИБИОТИКИ, РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ КОТОРЫХ КОРРИГИРУЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА НИЖЕ 30 МЛ/МИН 1) рифампицин 2) бензилпенициллин 3) эритромицин 4) тетрациклин 5) левомецетин	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
33	ПРИЧИНЫ НЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ 1) резистентность возбудителя инфекции к антибиотикам 2) одновременный прием витаминов 3) печеночная недостаточность 4) дисфункция кишечника 5) печеночная недостаточность	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
34	АНТИБИОТИК, НЕ РАЗРЕШЕННЫЙ К ПРИМЕНЕНИЮ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ 1) бензилпенициллин 2) азитромицин 3) меронем 4) ципрофлоксацин 5) амоксициллин	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
35	ФТОРХИНОЛОНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ	2	ВК	ПК-1, ПК-5,

	<p>В ФАЗЕ РОСТА ОРГАНИЗМА</p> <p>1) потому что у детей наблюдались повреждения суставов</p> <p>2) потому что они могут привести к искривлению длинных трубчатых костей</p> <p>3) потому что в опыте на животных высокие дозы повреждают суставной хрящ</p> <p>4) потому что они могут привести к гигантизму</p> <p>5) потому что они усиливают рост костей</p>		<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-6</p>
36	<p>НАРУШАЮТ СИНТЕЗ БАКТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ</p> <p>1) хлорамфеникол</p> <p>2) линкомицин</p> <p>3) цефалоспорины.</p> <p>4) эритромицин</p> <p>5) тетрациклины</p>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-5, ПК-6, ПК-8</p>
37	<p>ЭФФЕКТ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ</p> <p>1) 5-7 дней</p> <p>2) 48-72ч</p> <p>3) 12-24ч</p> <p>4) 4-5 дней</p> <p>5) 10 дней</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
38	<p>АНТИМИКРОБНАЯ. ТЕРАПИЯ ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) патогенетическая</p> <p>2) этиотропная</p> <p>3) эмпирическая</p> <p>4) симптоматическая</p> <p>5) профилактическая</p>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-5, ПК-6, ПК-8</p>
39	<p>АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКОЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) назначение антибиотика за сутки до операции</p> <p>2) назначение антибиотика за 10-12 часов до операции</p> <p>3) назначение антибиотика за 2 часа до операции</p> <p>4) назначение антибиотика за 30-60 мин до операции</p> <p>5)назначение антибиотика в послеоперационном периоде</p>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>
40	<p>ЦЕЛЬЮ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) создание эффективной концентрации</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>

	антибиотики в ране от разреза до ушивания 2) подавление микробной флоры до операции 3) подавлени микробной флоры в послеоперационном периоде 4) лечение раны 5) профилактика антибиотикорезистентности			
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Уметь выбрать перечень документов, определяющих обращение лекарственных средств: Федеральных законов, указов постановлений Правительства, нормативно-правовые акты МЗ России, нормативные документы ФОМС, регламентирующие работу в сфере обращения ЛС.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.	Уметь назвать функции участников, работающих в сфере обращения лекарственных средств. Основные принципы и подходы к формированию формуляров (перечней, списков) лекарственных средств. Международные непатентованные (МНН) и торговые наименования лекарственных средств. Действующие ограничительные перечни лекарственных средств, в том числе отпускаемые отдельным категориям граждан РФ по программе ОНЛС.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6
3.	Знать стандарты медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
4.	Знать принципы рациональной фармакотерапии, в том числе у беременных и крайних возрастных группах: в педиатрии и гериатрии.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6
5.	Знать лекарственные средства, требующие лекарственного мониторинга.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
6.	Уметь выбрать и выписать рецепты на ЛС, в том числе и по программе ОНЛС.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.	Уметь определить характер фармакотерапии, проводить выбор лекарственных препаратов, устанавливать принципы их дозирования, выбирать методы контроля за их эффективностью и безопасностью.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8
8.	Уметь проводить поиск по клинической фармакологии с использованием информационных систем.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
9.	Уметь проводить ABC/VEN анализ.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
10.	Уметь составлять прогностическую потребность на лекарственные средства и проводить сравнительный анализ прогностической потребности и реального	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8

	использования лекарственных средств.		
11.	Уметь работать с информационным обеспечением системы ОНЛС: справочниками и классификаторами ЛС, программным обеспечением по составлению прогностической потребности в лекарственных средствах.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
12.	Уметь использовать статистические данные системы ОНЛС (ДЛО) для оценки её эффективности.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8
13.	Знать категории классификации ЛС по степени риска для плода.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
14.	Уметь проводить выбор лекарственной терапии с позиций эффективной, рациональной и безопасной фармакотерапии в период беременности, кормления грудью, у новорожденных, у пожилых.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,
15.	Уметь выявлять и прогнозировать побочные эффекты лекарственных средств, применяемых во время беременности, кормления грудью, у детей в период новорожденности и у пожилых.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
16.	Уметь оценивать взаимодействие лекарственных средств, применяемых во время беременности, кормления грудью, у детей в период новорожденности и у пожилых.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
17.	Уметь оценивать эффективность и безопасность проводимой терапии лекарственных средств, применяемых во время беременности, кормления грудью, у детей в период новорожденности и у пожилых.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
18.	Уметь выбрать лекарственные препараты на фоне снижения функции почек и печени.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
19.	Уметь назвать возможные побочные эффекты лекарственных средств, особенности назначения у беременных, в педиатрии и гериатрии. Основные принципы и подходы к комбинированной терапии с учётом результатов взаимодействия лекарственных средств.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
20.	Уметь заполнить извещение о НПР.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,
21.	Знать правила схему сообщения о результатах НПР.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8

22.	Знать принципы рациональной фармакотерапии, в том числе у беременных и крайних возрастных группах: в педиатрии и гериатрии; знать лекарственные средства, требующие лекарственного мониторинга.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8
23.	Уметь определить характер фармакотерапии, проводить выбор лекарственных препаратов, устанавливать принципы их дозирования, выбирать методы контроля за их эффективностью и безопасностью	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8
24.	Уметь выбрать и выписать рецепты на ЛС, в том числе и по программе ОНЛС	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8
25.	Уметь проводить поиск по клинической фармакологии с использованием информационных систем.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8
26.	Уметь работать с информационным обеспечением системы ОНЛС: справочниками и классификаторами ЛС, программным обеспечением по составлению прогностической потребности в лекарственных средствах.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8
27.	Уметь выбрать анальгетический лекарственный препарат при конкретной клинической ситуации. Выбрать схему назначения лс. Запрогнозировать, проконтролировать риск нежелательных эффектов, диагностировать, купировать. Перечень документов, определяющих обращение анальгетических лс при конкретной нозологии: стандарты, рекомендации, протоколы лечения.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
28.	Уметь назвать функции участников, работающих в сфере обращения наркотических ЛС. Основные принципы и подходы к формированию формуляров (перечней, списков) анальгетических лекарственных средств. Международные непатентованные (МНН) и торговые наименования лекарственных средств. Анальгетические ЛС в действующих ограничительных перечнях лекарственных средств, в том числе отпускаемые отдельным категориям граждан РФ по программе ОНЛС.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8
29.	Знать стандарты анальгетической медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>Врачом поликлиники выписано 4 лекарственных препарата: эналаприл, индапамид, метопролол, аспирин больному с гипертонической болезнью и стенокардией. В этот же день неврологом выписано 2 препарата: парацетам и винпоцетин. Заключение ВК нет.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1 Показаны ли препараты, выписанные кардиологом?</p> <p>2 Совместимы ли препараты, выписанные неврологом с препаратами, назначенными для лечения гипертонической болезни и стенокардии?</p> <p>3 Совместимы ли препараты, назначенные кардиологом?</p> <p>4 Каковы противопоказания к назначению винпоцетина?</p> <p>5 Предполагаются ли при этом штрафные санкции при проведении экспертизы качества?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Показаны</p> <p>2. Совместимы</p> <p>3. Совместимы</p> <p>4. Гиперчувствительность, тяжелые формы ИБС и аритмий, повышенное внутричерепное давление, беременность, лактация.</p> <p>5. Предполагаются.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.	<p>При сравнительном фармакоэкономическом исследовании эффективности эрадикации НР двух препаратов кларитромицина (А и В) разных фирм оказалось, что эффективность применения препарата А и препарата В составила соответственно 82,6% и 90,9%. При этом стоимость 7 дней лечения составила для препарата А -287.8 руб., а для препарата В – 623.7руб. Как</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Расчет показателя стоимость/эффективность(cost-effectivenessanalysis, СЕА): $CEA = \frac{\text{стоимость 7 дней лечения}}{\% \text{эрадикации}}$</p> <p>2. СЕА препарата А= $287,8 / 82,6 = 3,48$</p> <p>3. СЕА препарата В= $623,7 / 90,9 = 6,87$</p> <p>4. Выводы: эффективность двух препаратов кларитромицина является вполне достаточной,</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>применить показатель</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) для наиболее целесообразного выбора ЛС 2. Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП А. 3. .Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП В. 4. Какие выводы можно сделать по данным расчета. 5. Какой ЛП использовать предпочтительно. 	<p>показатель стоимость/эффективность препарата А значительно лучше.</p> <p>5. Целесообразно применение препарата А</p>		
3.	<p>При сравнительном фармакоэкономическом исследовании эффективности эрадикации НР двух препаратов амоксициллина (А и В) разных фирм оказалось, что эффективность применения препарата А и препарата В составила соответственно 60% и 90,9%. При этом стоимость 7 дней лечения составила для препарата А -387.7 руб., а для препарата В – 623.7руб.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как применить показатель стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) для наиболее целесообразного выбора ЛС 2. Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП А. 3. Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП В. 4. Какие выводы можно сделать по данным расчета. 5. Какой ЛП использовать предпочтительно. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Расчет показателя стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis, СЕА): $СЕА = \frac{\text{стоимость 7 дней лечения}}{\% \text{эрадикации}}$ 2. СЕА препарата А = $387,7 / 60 = 6,5$. 3. СЕА препарата В = $623,7 / 90,9 = 6,87$. 4. Выводы: показатели стоимость/эффективность препаратов А и В отличаются незначительно. 5. Целесообразно применение препарата В, учитывая значительно большую его эффективность 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

4.	<p>Лечение заболевания А возможно 2 препаратами: X и Y. Оба препарата обеспечивают 80% 5-летнюю безрецидивную выживаемость. На каждую из сравниваемых лекарственных технологий необходимо затратить 20 000 руб. в год. При этом QALY A=0.8; QALY B=0.6.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выберите правильный пример расчёта. 2. Решите вопрос о предпочтительном использовании лекарственного препарата. 3. Решите вопрос о включении препарата в ограничительный перечень МО. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ затраты/полезность-CUA (COST-UTILITY ANALYSIS); $CUA = (DC + IC)/Ut$, где CUA - показатель затрат на единицу полезности, соотношение «затраты-полезность» (т.е. стоимость единицы полезности, например, одного года качественной жизни); DC и IC - прямые и косвенные затраты; Ut - утилитарность метода лечения. $CUA A = 20000/0.8=25\ 000$ руб./QALY; $CUA B = 20000/0.6=33\ 333.3$ руб./QALY 2. Предпочтительно использование лекарственного препарата А. 3. Препарат А 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.	<p>При сравнительном фармакоэкономическом исследовании эффективности эрадикации НР двух препаратов амоксициллина (А и В) разных фирм оказалось, что эффективность применения препарата А и препарата В составила соответственно 40% и 90,9%. При этом стоимость 7 дней лечения составила для препарата А -390.0 руб., а для препарата В – 623.7руб.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как применить показатель стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) для наиболее целесообразного выбора ЛС 2. Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП А. 3. Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП В. 4. Какие выводы можно сделать по данным расчета. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Расчет показателя стоимость/эффективность(cost-effectivenessanalysis, СЕА): $СЕА=стоимость\ 7\ дней\ лечения / \%эрадикации$. 2. $СЕА$ препарата А= $390.0 / 40= 9,75$. 3. $СЕА$ препарата В= $623,7 / 90,9= 6,87$. 4. Выводы: показатели стоимость/эффективность препарата В значительно лучше. 5. Целесообразно применение препарата В, несмотря на значительно большую стоимость 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>5. Какой ЛП использовать предпочтительно.</p>			
6.	<p>Больной Г., 8 лет. На фоне ОРВИ отмечается подъем температуры до 38,9 С. Мама ребенка дала ½ таблетки аспирина по 0,5.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Возможно ли применение аспирина у детей 8 лет? 2. Обоснуйте ответ на предыдущий вопрос 3. Какие препараты предпочтительны в качестве жаропонижающих в педиатрической практике? 4. Укажите механизм жаропонижающего действия названных Вами препаратов. 5. Укажите их побочные эффекты 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Препарат не назначают детям до 15 лет. 2. Из-за риска развития синдрома Рейе. 3. Ибупрофен, парацетамол. 4. Ингибция ЦОГ 3 5. Со стороны ЖКТ, ЦНС, кроветворения, аллергические реакции. 	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8</p>

7.	<p>Женщина 52 лет страдает гипертонической болезнью Принимает эналаприл по 1 табл. (0,01) 2 раза в день. АД нормализовалось через 1 неделю. Через 2 недели регулярного приема появился сухой кашель</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чем вы объясните его возникновение? 2. Обоснуйте ответ на предыдущий вопрос 3. Какие изменения нужно внести в план лечения с вашей точки зрения? 4. Обоснуйте ответ на предыдущий вопрос 5. Кратность назначения в сутки назначенного ЛП. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Накоплением брадикинина 2. Ингибция ЦОГ. 3. Отменить эналаприл, назначить антагонисты рецепторов ангиотензина. 4. При назначении антагонистов рецепторов ангиотензина брадикинин не накапливается. 5. Однократно. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
8.	<p>У больного 85 лет для терапии внебольничной пневмонии назначен азитромицин 500мг в/в на 10 дней. Через 5 дней терапии у больного боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов, тошнота, в крови - гипербилирубинемия за счет непрямой фракции, гипергликемия.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назвать класс антибактериальных препаратов 2. Оценить рациональность выбора стартовой терапии 3. О каких осложнениях идет речь в задаче 4. Назвать критерии контроля безопасности для предотвращения выше названных НПР 5. Назвать возможные факторы риска НПР. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Макролиды. 2. ЛП выбора для стартовой терапии. 3. Гепатотоксическое действие. 4. Биохимический ан. крови. 5. Пожилой возраст. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
9.	<p>Больной 68 лет получал цефотаксим 2г/сут 10 дней по поводу обострения хр. холецистита. Через 5 дней после отмены препарата у</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Цефалоспорины. 2. Назначение возможно. 3. Псевдомембранозный колит. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>больного жидкий стул до 8 раз в день, боли в животе, слабость. В крови лейкоцитоз $9,2 \cdot 10^9/\text{л}$.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назвать класс антибактериальных препаратов. 2. Оценить рациональность выбора а/б при данной патологии. 3. О каком осложнении идет речь. 4. Сделайте лекарственные назначения. 5. Назовите лабораторный тест для подтверждения диагноза 	<p>4. Ванкомицин, метронидазол.</p> <p>5. Бактериологическое исследование кала</p>		
10.	<p>Пациент 68 лет, после протезирования тазобедренного сустава для профилактики ВТЭ назначены новые оральные антикоагулянты.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите препараты данной группы 2. Является ли ограничением к их назначению клиренс креатинина менее 25 мл/мин 3. Укажите режим приема одного из препаратов 4. Обязательным ли является контроль МНО при назначении данных препаратов? 5. При назначении каких оральных антикоагулянтов контроль МНО является обязательным? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ривароксабан, дабигатран, апиксабан 2. Да 3. Дабигатран 150 мг 2 раза в сутки 4. Нет 5. Варфарин, фенилин 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
11.	<p>Больной Л., 6 лет, на фоне ОРВИ отмечается подъем температуры до 38,90 С. Мама ребенка с жаропонижающей целью дала $\frac{1}{4}$ таблетки аспирина по 0,5. Оцените тактику жаропонижающей терапии.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Было ли показано ребёнку 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Да. 2. Аспирин не рекомендован детям до 12 лет 3. НПВС, ацетилсалициловая кислота. 4. Высокий риск развития синдром Рея. 5. Парацетамол. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>снижение повышенной температуры?</p> <p>2. Оцените выбор аспирина в данном случае.</p> <p>3. Назовите фармакологическую группу аспирина, МНН.</p> <p>4. Специфические побочные эффекты аспирина в детском возрасте?</p> <p>5. Назовите препарат выбора при данной патологии.</p>			
12.	<p>Больной Д., 48 лет, проведена эндоскопическая холецистэктомия. В послеоперационном периоде врачом-хирургом назначен промедол 2 раза в сутки. Оцените рациональность анальгезии.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1 Оцените степень травматичности оперативного вмешательства.</p> <p>2 Были ли показания для назначения промедола.</p> <p>3 Рациональна ли монотерапия в принципе наркотическими анальгетиками.</p> <p>4 Были ли показания для назначения в послеоперационном периоде ненаркотических анальгетиков.</p> <p>5 Групповая принадлежность трамадола.</p>	<p>Ответы:</p> <p>1.Операция низкой степени травматичности.</p> <p>2.Нет.</p> <p>3. Монотерапия наркотическими анальгетиками в принципе не рациональна. Показана комбинированная терапия.</p> <p>4.Вследствие малой травматичности операции были показаны в послеоперационном периоде ненаркотических анальгетиков.</p> <p>5. Ненаркотический опиоидный анальгетик</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8</p>
13.	<p>Больной П., 75 лет, диагноз – Cr. ventriculi. На фоне приема ненаркотических анальгетиков (пенталгин, кетонал) сохраняется болевой синдром (2-3 балла по ВАШ), усиливающийся к 21ч. Дежурным врачом назначен промедол?</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Оцените выбор промедола.</p> <p>2.Показания для назначения промедола по шкале ВАШ.</p>	<p>Ответы:</p> <p>1.Выбор нерационален.</p> <p>2.Показание по шкале ВАШ 3-4 балла.</p> <p>3.Показано.</p> <p>4.Трамадол.</p> <p>5. Ненаркотический опиоидный анальгетик.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8</p>

	<p>3. Показано ли продолжение фармакотерапии ненаркотическими анальгетиками (пенталгин, кетонал).</p> <p>4. Назначение какого лекарственного препарата показано для усиления анальгезии.</p> <p>5. Групповая принадлежность лекарственного препарата, назначенного для усиления анальгезии.</p>			
14.	<p>Больная В., госпитализирована в отделение гинекологии для аднексэктомии. В раннем послеоперационном периоде (до 2 суток) проводилась комбинированная анальгезия (чередование инъекций промедола и кетонала), затем промедол отменен.?</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Оцените рациональность проводимой фармакотерапии в раннем послеоперационном периоде.</p> <p>2. Оцените обоснованность отмены промедола.</p> <p>3. Назначение какого лекарственного препарата показано для продолжения лечения?</p> <p>4. Назначение какой лекарственной формы кетонала целесообразно для продолжения терапии болевого синдрома</p> <p>5. Обоснуйте назначение данной лекарственной формы.</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Проводимая фармакотерапия в раннем послеоперационном периоде соответствует выраженности болевого синдрома..</p> <p>2. Обосновано.</p> <p>3. Кетонал.</p> <p>4. Ректальные свечи</p> <p>5. Эффективность НПВС в свечах соответствует анальгетической эффективности при парентеральном введении.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
15.	<p>Больная Ц., в течение 12 лет страдает ревматоидным артритом. На фоне приема диклофенака в дозе 150 мг. в сутки сохраняется болевой синдром. С целью усиления анальгезии лечащим врачом диклофенак отменен и назначен мовалис в дозе 15</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. НПВС, неселективный ингибитор ЦОГ, диклофенак.</p> <p>2. НПВС, селективный ингибитор ЦОГ-2 в дозе 7,5 мг. в сутки, в дозе 15 мг. селективность исчезает, мелоксикам.</p> <p>3. Мовалис (мелоксикам) не</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>мг.в сутки. Усиление анальгезии не произошло. Оцените тактику врача.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Групповая принадлежность диклофенака, МНН. 2. Групповая принадлежность мовалиса, МНН. 3. Почему не произошло усиление анальгезии при добавлении мовалиса? 4. Сравнительная безопасность диклофенака и мовалиса. 5. Необходимая коррекция фармакотерапии. 	<p>является более эффективным препаратом, усиление анальгезии не произошло.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Мовалис (Мелоксикам) является более безопасным в дозе 7,5 мг, но в дозе 15 мг. риск НПР сравним с неселективными ЦОГ-2. 5. Показано назначение базисных ЛС. 		
16.	<p>У больного 70 лет диагностирована внебольничная пневмония средней тяжести. Сопутствующее заболевание – сахарный диабет 2 типа, инсулинозависимый. В качестве стартовой терапии назначен ампициллин по 1,0 4 раза в день в мышцу..</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Верно ли выбран препарат для стартовой терапии? 2. Какова верная тактика лечения в данной ситуации? 3. Какова фармакокинетика ампициллина? 4. Возможно ли применение ампициллина у пожилых? 5. Каковы противопоказания к назначению ампициллина? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неверно 2. Следует начать лечение с защищенных пенициллинов (амоксициллин/клавуланат) или респираторных фторхинолонов 3. Биодоступность при приеме внутрь около 40%, плохо проникает через ГЭБ (лучше при воспалении оболочек мозга), выводится преимущественно с мочой 4. Не противопоказан пожилым 5. Повышенная чувствительность к бета-лактамам, выраженные нарушения функции печени (для парентерального применения) 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
17.	<p>У больного с центральным венозным катетером и клиническими признаками ангиогенной инфекции из крови выделен <i>Staphylococcus epidermidis</i>, чувствительный к цефазолину. Начато лечение цефазолином в дозе 2,0 2 раза в сутки в вену</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Верен ли режим дозирования препарата? 2. Какой режим дозирования 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неверен. 2. Необходимо не менее 6,0 в сутки в 3 введения 3. Цефалоспорины 1 поколения 4. Тормозит синтез пептидогликанового слоя клеточной стенки, взаимодействуя с пенициллинсвязывающими белками. Эффект бактерицидный. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>предпочтителен? 3. К какой группе относится цефазолин? 4. Каков механизм действия цефазолина? 5. Какие еще препараты эффективно действуют на стафилококки?</p>	<p>5. Оксациллин, рифампицин, ванкомицин, респираторные фторхинолоны.</p>		
18.	<p>30-летний мужчина госпитализирован в пульмонологическое отделение с диагнозом внебольничная пневмония средней степени тяжести в нижней доле правого легкого. Диагноз подтвержден рентгенологически. Из мокроты выделен <i>Staphylococcus aureus</i>, чувствительный к оксациллину. При назначении оксациллина 8,0 в сутки температура нормализовалась через 5 дней на фоне положительной клинико-лабораторной динамики Вопросы: 1. Верно ли выбрана доза оксациллина? 2. Каков механизм действия оксациллина? 3. Каковы противопоказания к назначению оксациллина? 4. Каковы побочные эффекты оксациллина? 5. Как взаимодействует с другими препаратами?</p>	<p>Ответы: 1. Верно 2. Нарушает синтез пептидогликана клеточной стенки, ингибируя транспептидазу. Действует бактерицидно. 3. Гиперчувствительность к пенициллинам 4. Тошнота, рвота, диарея, аллергические реакции 5. Пробенецид повышает концентрацию оксациллина в сыворотке крови.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8</p>
19.	<p>Больному М, с диагнозом "острый пиелонефрит" назначен цефотаксим 6,0 в сутки. В анамнезе-анафилактический шок на введение пенициллина. Вопросы: 1. Возможна ли перекрестная аллергия цефалоспоринов и пенициллинов? 2. Можно ли провести лечение в выбранном режиме? 3. К какой группе относится</p>	<p>Ответы: 1. Возможна 2. Можно после проведения пробы, лучше после консультации аллерголога 3. Цефалоспорин 3 поколения 4. Головная боль, головокружение,, транзиторная лейкопения, диспептические расстройства, аллергические реакции 5. Увеличивает риск</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8</p>

	<p>цефотаксим? 4 Каковы побочные эффекты цефотаксима? 5 Каково взаимодействие цефотаксима с другими препаратами?</p>	<p>кровотечений при сочетании с антиагрегантами, фармацевтически несовместим в одном растворе с другими антибиотиками</p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

8. Медицина чрезвычайных ситуаций

Коды формируемых компетенций: ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12, УК-2

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формы компетенции
1.	<p>ПРАВОВЫМИ ОСНОВАМИ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И МОБИЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) Конституция Российской Федерации 2) Указ Президента Российской Федерации от 21 апреля 2000 г. № 706 «Военная доктрина Российской Федерации» 3) Постановление правительства РФ №1113 от 5.11. 1995 г. «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации ЧС»</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7
2.	<p>ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И МОБИЛИЗАЦИИ КАСАЮТСЯ:</p> <p>1) экономики; 2) Вооруженных Сил, других войск, воинских формирований, специальных формирований. 3) национальной безопасности РФ.</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7
3.	<p>ПЕРИОДЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МОБИЛИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ:</p> <p>1) два периода (Мирного времени; Военного времени) 2) три периода (Мирного ; Переход с мирного на военное время; Военного времени;) 3) четыре периода (Мобподготовка; Мобилизация; Выполнение планов расчетного года; Демобилизация).</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7
4.	<p>МОБИЛИЗАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ЭТО:</p> <p>1) комплекс мероприятий, проводимых в мирное время, по заблаговременной подготовке экономики Российской Федерации, к обеспечению защиты государства от вооруженного нападения и удовлетворению потребностей государства и нужд населения в военное время. 2) комплекс мероприятий по переводу экономики Российской Федерации на работу в условиях военного времени,</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7

	<p>переводу Вооруженных Сил Российской Федерации на организацию и состав военного времени.</p> <p>3) комплекс мероприятий по подготовке здравоохранения РФ по медико-санитарному обеспечению населения в ЧС.</p>			
5.	<p>МОБИЛИЗАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ (ЗАКАЗЫ)</p> <p>1) совокупностью документов, отражающих все основные мероприятия, обеспечивающие планомерное и своевременное выполнение мобилизационных заданий</p> <p>2) задания по поставкам продукции (работ, услуг) в расчетном году для государственных нужд в составе мобилизационного плана экономики Российской Федерации,</p> <p>3) организации, обеспечивающие выполнение мобилизационных заданий (заказов) для государственных нужд</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-3, ПК-5, ПК-7</p>
6.	<p>МОБИЛИЗАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭТО:</p> <p>1) комплекс мероприятий по заблаговременной подготовке к медицинскому обеспечению при защите государства от вооруженного нападения и нужд населения в военное время;</p> <p>2) комплекс мероприятий по переводу здравоохранения РФ на работу в условиях военного времени;</p> <p>3) комплекс мероприятий по заблаговременной подготовке органов управления, предприятий и организаций здравоохранения РФ к работе в условиях ЧС мирного времени.</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-3, ПК-5, ПК-7</p>
7.	<p>УСТОЙЧИВОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЧС ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:</p> <p>1) наличие защитных сооружений, обеспечение персонала средствами индивидуальной защиты;</p> <p>2) возможность обеспечения транспортом;</p> <p>3) повышение физической устойчивости зданий;</p> <p>4) устойчивая работа объекта здравоохранения в экстремальных условиях;</p>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-3, ПК-5, ПК-7</p>

	5) порядок материально-технического обеспечения.			
8.	<p>ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАБОТЫ ПО ПРИНЯТИЮ РЕШЕНИЙ НАЧАЛЬНИКОВ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В ЧС:</p> <p>1) уяснить задачу на основании данных разведки, рассчитать санитарные потери, определить потребность в силах и средствах службы, а также в транспортных средствах для эвакуации;</p> <p>2) контроль действий и дисциплина выполнения приказов;</p> <p>3) создать группировку сил, принять решение и довести его до исполнителей, организовать контроль за ходом исполнения;</p> <p>4) принять решение и довести его до исполнителей;</p> <p>5) планирование действий и строгое их выполнение.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
9.	<p>В СОСТАВ ВРАЧЕБНО-СЕСТРИНСКОЙ БРИГАДЫ ПО ШТАТУ ВХОДЯТ:</p> <p>1) 1 врач, 2-3 медицинские сестры;</p> <p>2) 2 врача, 3 средних медицинских работника;</p> <p>3) 1 врач, 5 медицинских сестер, 1 водитель;</p> <p>4) врач и медицинская сестра;</p> <p>5) 2 фельдшера.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
10.	<p>ВРАЧЕБНО-СЕСТРИНСКАЯ БРИГАДА МОЖЕТ ОКАЗАТЬ ПЕРВУЮ ВРАЧЕБНУЮ ПОМОЩЬ ЗА 6 ЧАСОВ РАБОТЫ:</p> <p>1) всем поступающим;</p> <p>2) 20-25 пострадавшим;</p> <p>3) 20-50 пострадавшим;</p> <p>4) 6-10 пострадавшим;</p> <p>5) не оказывает</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
11.	<p>ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ПРИНИМАЮЩИЕ УЧАСТИЕ В ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ КАТАСТРОФ:</p> <p>1) Центр медицины катастроф;</p> <p>2) городские и сельские больницы;</p> <p>3) медицинские отряды, автономный выездной медицинский госпиталь;</p> <p>4) амбулаторно-поликлинические учреждения;</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12

	5) центральные районные больницы, ближайшие центральные районные, городские, областные и другие территориальные лечебные учреждения и центры "Медицины катастроф" и Госсанэпиднадзора			
12.	ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЧС: 1) быстрота и достаточность; 2) преемственность и последовательность проводимых лечебно-профилактических мероприятий, своевременность их выполнения; 3) доступность, возможность оказания медицинской помощи на этапах эвакуации; 4) проведение сортировки, изоляции и эвакуации; 5) определение потребности и установление порядка оказания медицинской помощи, осуществление контроля за массовым приемом, сортировкой и оказанием медицинской помощи	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
13.	ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ КРУПНОМАСШТАБНОЙ КАТАСТРОФЕ: 1) любая, которую можно использовать; 2) первая медицинская, доврачебная, первая врачебная; 3) первая врачебная и квалифицированная; 4) первая медицинская и доврачебная; 5) госпитализация в лечебное учреждение	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
14.	ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ (ДОВРАЧЕБНОЙ) ПОМОЩИ, ПРОВОДИМЫЕ ПОРАЖЕННЫМ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ КАТАСТРОФ С МЕХАНИЧЕСКИМИ И ТЕРМИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ: 1) дезинфекция, обезболивание; 2) временная остановка наружного кровотечения, наложение асептических повязок, иммобилизация конечностей, введение сердечно-сосудистых, противосудорожных, обезболивающих и др. средств, применение средств из АИ-2, проведение простейших реанимационных мероприятий; 3) введение обезболивающих,	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	госпитализация нетранспортабельных; 4) прямой массаж сердца, дача сердечно-сосудистых и психотропных средств, проведение полостных операций, спасение тяжелопораженных; 5) медицинская сортировка пораженных, транспортировка их в ближайшие лечебно-профилактические учреждения.			
15.	ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) возможность оказывать в любые сроки; 2) 12 часов; 3) 6 часов; 4) 9 часов; 5) оптимальный срок не устанавливается	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
16.	ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕОБХОДИМО: 1) госпитализация; 2) принять собственный план действий; 3) провести соответствующее медикаментозное лечение; 4) выйти на прямой контакт с лицами, эмоционально значимыми для пациента, 5) назначить антибиотики.	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
17.	ОБЪЕМ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: 1) окончательная остановка кровотечения; 2) интубация, искусственная вентиляция легких; 3) борьба с травматическим шоком; 4) зашивание открытого пневмоторакса и другие операции на черепе, грудной клетке, ампутация конечности по показаниям; 5) все правильные	5	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
18.	ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК: 1) силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации пораженных для приема, проведения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи в определенном объеме, лечения и, при необходимости, подготовки к дальнейшей эвакуации; 2) система организации оказания помощи; 3) догоспитальный, госпитальный;	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	4) место оказания помощи пострадавшим, их лечение и реабилитация; 5) особенный вид помощи			
19.	МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) метод распределения пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях; 2) разделение потока пострадавших; 3) распределение пострадавших по очередности их эвакуации; 4) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения; 5) разделение потока на "ходячих" и "носилочных".	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
20.	ОСНОВНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ: 1) в обеспечении пострадавших своевременной медицинской помощью и рациональной эвакуацией; 2) оказание медицинской помощи в максимальном объеме; 3) в определении очередности оказания медицинской помощи; 4) в регулировании движения автотранспорта; 5) определяет лечебное учреждение	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
21.	ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ СВОЕВРЕМЕННО ОКАЗАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ НАИБОЛЬШЕМУ ЧИСЛУ ПОРАЖЕННЫХ ПРИ МАССОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ, ЯВЛЯЕТСЯ: 1) быстрое выведение из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация; 3) прогнозирование исхода поражения; 4) медицинская сортировка; 5) оказание неотложной помощи.	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
22.	ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПЛАНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧС ЯВЛЯЕТСЯ: 1) приведение в готовность учреждений и формирований; 2) готовность персонала к работе в ЧС;	4	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>3) оснащение учреждений и формирований;</p> <p>4) организация и оказание медицинской и противоэпидемической помощи;</p> <p>5) обучение населения правильному поведению при ЧС</p>			
23.	<p>МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЙ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) Минздравмедпромом;</p> <p>2) органами управления территории;</p> <p>3) учреждениями-формирователями в виде комплектов, укладок и разрозненных предметов;</p> <p>4) бесперебойное и полное;</p> <p>5) для пополнения истраченного</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
24.	<p>ДЛЯ ОПЕРАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ В ЦЕНТРАХ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ХРАНЯТСЯ:</p> <p>1) укладки для бригад постоянной готовности из расчета 40 кг на 50 пострадавших;</p> <p>2) материально-технические и медикаментозные средства;</p> <p>3) резерв медтехники и санитарно-технического имущества;</p> <p>4) медикаменты для ликвидации последствий катастроф;</p> <p>5) информация об аварии.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
25.	<p>ОСНОВНОЕ МЕСТО ХРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА ФОРМИРОВАНИЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ:</p> <p>1) сами формирования;</p> <p>2) учреждения-формирователи;</p> <p>3) склады ГО;</p> <p>4) аптеки лечебных учреждений;</p> <p>5) склады "Медтехника" и "Росфармация".</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
26.	<p>КЛАССИФИКАЦИЯ ЧС ПО МАСШТАБУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ:</p> <p>1) происшествия, аварии, стихийные бедствия;</p> <p>2) частные, объектовые, местные, региональные, глобальные;</p> <p>3) цех, территория, округ, республика;</p> <p>4) муниципальные, окружные, городские;</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12

	5) транспортные, производственные			
27.	<p>ВЕДУЩИЙ ВИД РАДИОАКТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СЛЕДЕ РАДИОАКТИВНОГО ОБЛАКА ПРИ ЯДЕРНОМ ВЗРЫВЕ:</p> <p>1) внешнее гамма-излучение; 2) инкорпорация радиоактивных веществ с пищей; 3) инкорпорация радиоактивных веществ с вдыхаемым воздухом; 4) нарушение иммунитета; 5) биологическое воздействие</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
28.	<p>ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ОПАСНОСТИ ЛОКАЛЬНЫХ РАДИАЦИОННЫХ ВЫПАДЕНИЙ:</p> <p>1) внешнее гамма-излучение; 2) контакт кожи с радиоактивными веществами; 3) инкорпорация изотопа йода-131, 4) увеличение заболеваемости; 5) нарушение герметичности установки</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
29.	<p>НОРМЫ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЙОНЕ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ:</p> <p>1) 50 бэр в год; 60 бэр в течение 70 лет; 2) 5 бэр в год; 60 бэр в течение 60 лет; 3) 0,5 бэр в год; 35 бэр в течение 70 лет; 4) 12 рентген; 5) не нормируется.</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
30.	<p>ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ В ЦЕЛЯХ УДАЛЕНИЯ РАДИОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С НЕЗАЩИЩЕННЫХ УЧАСТКОВ КОЖИ:</p> <p>1) из какой зоны загрязнения радиоактивными веществами поступил пострадавший; 2) мощность дозы на коже и время контакта радиоактивных веществ; 3) время контакта радиоактивных веществ с кожей; 4) выпадение радиоактивных аэрозолей; 5) опасность облучения</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
31.	<p>ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ОПАСНОСТЬ НА ТЕРРИТОРИИ СЛЕДА РАДИОАКТИВНОГО ОБЛАКА:</p> <p>1) мясо и молоко животных, выпасаемых на загрязненных пастбищах;</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>2) мясо и молоко животных, выпасаемых на загрязненных пастбищах, урожай на корню;</p> <p>3) овощи и фрукты;</p> <p>4) рыба;</p> <p>5) масло, сливки, творог</p>			
32.	<p>ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА ОДНОКРАТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНЕГО ГАММА-ОБЛУЧЕНИЯ НА НАСЕЛЕНИЕ, НЕ ПРИВОДЯЩАЯ К ПОТЕРЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ:</p> <p>1) 200 бэр</p> <p>2) 0,5 рад</p> <p>3) 50 рад</p> <p>4) 15 рад</p> <p>5) 45 рад.</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
33.	<p>НОРМЫ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ ЛИЦ КАТЕГОРИИ А:</p> <p>1) 0,5 бэр в год; 35 бэр в течение 70 лет;</p> <p>2) 35 бэр;</p> <p>3) 5 бэр в год; 60 бэр в течение 70 лет;</p> <p>4) 25 бэр;</p> <p>5) 50 бэр в год; 100 бэр в течение 70 лет.</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
34.	<p>ГЛУБИНА ЗОНЫ ЗАРАЖЕНИЯ АХОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, скоростью ветра, степенью вертикальной устойчивости воздуха, характером местности;</p> <p>2) характером местности, количеством выброшенного (вылившегося) вещества, агрегатным состоянием вещества, состоянием вертикальной устойчивости воздуха;</p> <p>3) агрегатным состоянием вещества, характером местности, степенью вертикальной устойчивости воздуха, температурой воздуха;</p> <p>4) не определяется;</p> <p>5) характером местности, стойкостью вещества, скоростью ветра, температурой воздуха.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
35.	<p>ОЧАГОМ ПОРАЖЕНИЯ АХОВ НАЗЫВАЮТ:</p> <p>1) территорию, в пределах которой в результате аварии на химически опасном объекте произошли массовые поражения людей;</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>2) территорию, на которой могут быть массовые поражения людей;</p> <p>3) местность, опасную для здоровья и жизни людей вследствие действия АХОВ;</p> <p>4) местность, зараженную АХОВ в пределах опасных для здоровья и жизни людей;</p> <p>5) территорию, подвергшуюся заражению АХОВ вследствие аварии на химически опасном объекте</p>			
36.	<p>ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ И СТРУКТУРЫ ПОТЕРЬ НАСЕЛЕНИЯ В ЗОНЕ ЗАРАЖЕНИЯ АХОВ:</p> <p>1) площадь зоны заражения, плотность населения в зоне заражения, условия нахождения людей (открыто, в простейших укрытиях, зданиях), обеспеченность противогазами;</p> <p>2) концентрация вещества в воздухе, наличие противогазов, метеоусловия, характер местности;</p> <p>3) агрегатное состояние вещества в момент аварии, внезапность выброса (разлива) вещества, наличие средств защиты, метеоусловия;</p> <p>4) токсичность вещества, масштаб аварии, метеоусловия, наличие средств защиты;</p> <p>5) время суток, масштаб разлива вещества, наличие средств защиты, готовность здравоохранения к ликвидации последствий аварии.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
37.	<p>ОСНОВНЫЕ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СТОЙКОСТЬ АХОВ:</p> <p>1) температура и влажность воздуха, осадки;</p> <p>2) степень вертикальной устойчивости воздуха, температура воздуха, скорость ветра;</p> <p>3) степень вертикальной устойчивости воздуха, влажность воздуха, скорость ветра;</p> <p>4) скорость ветра, температура воздуха, температура почвы;</p> <p>5) влажность воздуха, осадки, температура подстилающей поверхности</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
38.	<p>ВЕЛИЧИНА ПОТЕРЬ НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ АВАРИИ НА</p>	1	ВК ТК	ПК-5, ПК-7,

	<p>ХИМИЧЕСКИ ОПАСНОМ ОБЪЕКТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ):</p> <p>1) масштабами заражения (площадь зоны заражения), плотностью населения, степенью защиты;</p> <p>2) метеоусловиями, степенью защиты, площадью зоны заражения;</p> <p>3) наличием противогаров, количеством АХОВ и площадью их разлива, скоростью ветра;</p> <p>4) метеоусловиями, местом нахождения людей, наличием средств индивидуальной защиты;</p> <p>5) масштабами химически опасного объекта, плотностью населения, временем суток</p>		ГИА	ПК-12
39.	<p>ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА ОТНОСЯТСЯ К БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИМ АХОВ:</p> <p>1) хлор, аммиак, синильная кислота;</p> <p>2) фосген, аммиак, хлор; 3) акрилонитрил, окислы азота, фосген; 4) диоксин, хлорацетоцетон;</p> <p>5) фосген, хлор, диоксин</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
40.	<p>ПО ХАРАКТЕРУ ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ АММИАК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ВЕЩЕСТВ:</p> <p>1) преимущественно удушающего действия;</p> <p>2) преимущественно общеядовитого действия;</p> <p>3) нейротропных ядов;</p> <p>4) обладающих удушающим и нейротропным действиями;</p> <p>5) метаболических ядов</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
41.	<p>ДИОКСИН ПО ХАРАКТЕРУ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ВЕЩЕСТВ:</p> <p>1) метаболических ядов;</p> <p>2) нейротропных ядов;</p> <p>3) удушающего действия;</p> <p>4) общеядовитого действия; 5) не является АХОВ</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
42.	<p>УДУШАЮЩИМ И ОБЩЕЯДОВИТЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ:</p> <p>1) акрилонитрил, окислы азота;</p> <p>2) синильная кислота, окислы азота;</p> <p>3) акрилонитрил, синильная кислота;</p> <p>4) хлор, окислы азота;</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12

	5) аммиак, диоксин			
43.	<p>НЕЙРОТРОПНЫМИ ЯДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) фосфорорганические соединения (ФОС), сероуглерод;</p> <p>2)ФОС, диоксин;</p> <p>3) сероуглерод, диоксин;</p> <p>4) диоксин, углерод;</p> <p>5) ФОС, аммиак</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12
44.	<p>ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА ПРОВОЦИРУЕТ РАЗВИТИЕ ТЯЖЕЛОЙ ИНТОКСИКАЦИИ (ЭВАКУАЦИЯ ТОЛЬКО ЛЕЖА) ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВЕЩЕСТВАМИ:</p> <p>1) удушающего действия;</p> <p>2) общеядовитого действия;</p> <p>3)нейротропными ядами;</p> <p>4) метаболическими ядами;</p> <p>5) прижигающего действия.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12
45.	<p>УКАЖИТЕ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС НАСЕЛЕНИЯ, ОКАЗАВШЕГОСЯ В РАЙОНЕ КАТАСТРОФЫ, ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:</p> <p>1)80%;</p> <p>2)12-15%;</p> <p>3)50-60%;</p> <p>4) у всего населения будут наблюдаться психоневрологические расстройства;</p> <p>5)3-5%.</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12

Практические навыки

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	Знать создание и накопление в УСК материальных средств для выполнения установленного задания с учетом средств, накапливаемых и хранящихся в мобилизационном резерве.	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-7, ПК-12
2.	Уметь организовать обеспечение кровепродукцией медицинских служб силовых структур и ведомств в количествах, определенных мобилизационным заданием.	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12
3.	Владеть методами организации оказания методической и консультативной помощи ЛПУ по вопросам трансфузиологии, хранения и использования препаратов и компонентов крови в период мобилизации и в военное время.	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12
4.	Провести медицинскую сортировку при массовом поступлении пострадавших с отравлением удушающим газом (хлором). Стандарт выполнения – выполнять самостоятельно	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7,
5.	Организация медицинской сортировки пострадавших, стандарт выполнения – выполнять самостоятельно.	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12
6.	Медицинская сортировка пострадавших, уметь проводить самостоятельно.	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12
7.	Приемы временной остановки кровотечения, инфузионная терапия, пункция и катетеризация периферических вен, ИВЛ мешком Амбу, СЛР; стандарт – выполнять самостоятельно.	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12
8.	ИВЛ мешком Амбу, непрямой массаж сердца, СЛР; стандарт – выполнять самостоятельно.	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-7, ПК-12

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>У пострадавшего при землетрясении обломками разрушившего здания были сдавлены обе нижние конечности. Освободить последние от сдавления удалось только через 4 часа.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Развитие какого патологического процесса в реанимационном аспекте ему угрожает? 3. Объем помощи на догоспитальном этапе? 4. Каков прогноз исхода данной травмы? 5. Куда должен быть госпитализирован пострадавший? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром длительного сдавления обеих нижних конечностей. 2. Острая почечная недостаточность, как ведущий компонент синдрома длительного сдавления. 3. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Инфузионная терапия кристаллоидов 30-40 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии. Шинирование обеих нижних конечностей. Симптоматическая терапия. 4. Ампутация обеих конечностей. Прогноз неблагоприятен при развитии ОПН. 5. Госпитализация пострадавшего в хирургический стационар, имеющий аппарат для проведения гемодиализа. 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12
2.	<p>При осмотре на месте ДТП обнаружен больной с бледными, но теплыми кожными покровами, нормальной температурой тела. С АД 110/75 мм РТ ст, пульс 64 в мин ЧДД 14-16, снижена болевая и тактильная чувствительность ниже пупка.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. С какой патологией необходимо дифференцировать? 3. Назначьте обследование? 4. Тактика лечения пациента 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз – Перелом позвонков грудного - поясничного отдела позвоночника. 2. Дифференциация с травматическим шоком. 3. Рентгенография позвоночника. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Развернутый анализ крови. Общий анализ мочи. 4. Обезболивание. Уложить больного на щит. Транспортировка в стационар. 	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12

	на догоспитальном этапе. 5. Куда должен быть госпитализирован данный пострадавший?	5. Пострадавший должен быть госпитализирован в стационар оказывающий нейрохирургическую помощь.		
3.	<p>Больной 35 лет, доставлен в приемное отделение в 18-00 попутным транспортом в зимнее время с ранением правой голени. При осмотре обнаружен жгут выше места ранения с запиской, что жгут был наложен в 17-00.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз? 2. Ваши действия. 3. Объем помощи 4. Назначьте обследование. 5. Какие осложнения могут развиваться у пострадавшего в ближайшее время? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Открытый перелом костей правой голени? Кровотечение? 2. Ослабить жгут на некоторое время (5-10 минут). Наложить жгут снова или прижать пальцем в проекции сосудов до ревизии раны, если кровотечение возобновится. 3. Ревизия раны. Диагностика и лечение постгеморрагической анемии. Введение противостолбнячной сыворотки. 4. Развернутый анализ крови, анализ свертывающей системы крови. Измерение АД, пульса, ЧДД. Рентгенография костей правой голени. 5. Столбняк. Постгеморрагическая анемия. 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12
4.	У больного в течении двух суток отмечалось повышение t до 38, кашель. Без назначения врача, самостоятельно в/м введён антибиотик. В ближайший период появился дискомфорт, чувство «ожога	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анафилактический шок. Отек Квинке. 2. Необходимо провести следующие мероприятия: <ul style="list-style-type: none"> ○ придать ногам возвышенное положение, 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>от крапивы», покалывания, кожный зуд, тошнота, рвота, сердцебиение. При осмотре выявлено: АД 70-60/40, ЧСС 120 в минуту, глухость тонов и акцент 2-го тона над лёгочной артерией. На кожном покрове крапивница, отёки лица и верхней половины туловища. Зрачки расширены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какова лечебная тактика при данном состоянии? 3. Куда должен быть госпитализирован больной? 4. Как должна проводиться транспортировка данного больного? 5. Прогноз исхода данного состояния? 	<p>пунктировать и катетеризировать периферическую вену, все препараты вводить внутривенно, ингаляция увлажнённого кислорода</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ внутривенно адреналин 1-2 мл 0,1% в 20 мл 0,9 раствора натрия хлорида, в зависимости от состояния возможно ввести до 5-6 мл препарата ○ преднизолон 60-90-120 мг ○ введение жидкости – изотонический раствор хлорида натрия струйно 1000 мл, полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза 200 мл капельно ○ антигистаминные препараты ○ при распространении отёка на гортань - адреналин эндотрахеально ○ после стабилизации состояния 2-4 мл лазикса ○ транспортировка на носилках <p>3. В отделение реанимации – если не удастся стабилизировать гемодинамику. В терапевтическое отделение при стабилизации АД.</p> <p>4. Лежа на носилках.</p> <p>5. При быстрой стабилизации АД прогноз благоприятный.</p>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

5.	<p>При осмотре больного на месте ДТП обнаружен перелом левого бедра (наличие отломков в ране, деформация конечности и др.).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Основные действия на догоспитальном этапе? 3. Какие осложнения могут развиваться в ближайшее время? 4. Куда должен быть госпитализирован пострадавший? 5. Потребуется ли пострадавшему трансфузия компонентов крови? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок. 2. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Остановка кровотечения. Асептическая повязка на рану без вправления отломков. Иммобилизация конечности в том состоянии, в котором она находится. Инфузионная терапия кристаллоидами 20-30 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии. 3. Жировая эмболия. ДВС-синдром. Постгеморрагическая анемия. Столбняк. 4. Госпитализация пострадавшего в травматологический стационар. 5. После получения данных развернутого анализа крови и свертывающей системы крови, можно будет сделать выводы о необходимости трансфузии эритроцитов и (или) донорской плазмы. 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12
6.	<p>У пострадавшего при землетрясении обломками разрушившего здания были сдавлены обе нижние конечности. Освободить последние от сдавления удалось только через 4 часа.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Развитие какого патологического процесса в реанимационном аспекте ему угрожает? 3. Объем помощи на догоспитальном этапе? 4. Каков прогноз исхода данной травмы? 5. Куда должен быть госпитализирован пострадавший? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром длительного сдавления обеих нижних конечностей. 2. Острая почечная недостаточность, как ведущий компонент синдрома длительного сдавления. 3. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Инфузионная терапия кристаллоидов 30-40 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии. Шинирование обеих нижних конечностей. Симптоматическая терапия. 4. Ампутация обеих конечностей. Прогноз 	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12

		неблагоприятен при развитии ОПН. 5. Госпитализация пострадавшего в хирургический стационар, имеющий аппарат для проведения гемодиализа.		
7.	Больной 35 лет, доставлен в приемное отделение в 18-00 попутным транспортом в зимнее время с ранением правой голени. При осмотре обнаружен жгут выше места ранения с запиской, что жгут был наложен в 17-00. Вопросы: 1. Поставьте диагноз? 2. Ваши действия. 3. Объем помощи 4. Назначьте обследование. 5. Какие осложнения могут развиваться у пострадавшего в ближайшее время?	Ответы: 1. Открытый перелом костей правой голени? Кровотечение? 2. Ослабить жгут на некоторое время (5-10 минут). Наложить жгут снова или прижать пальцем в проекции сосудов до ревизии раны, если кровотечение возобновится. 3. Ревизия раны. Диагностика и лечение постгеморрагической анемии. Введение противостолбнячной сыворотки. 4. Развернутый анализ крови, анализ свертывающей системы крови. Измерение АД, пульса, ЧДД. Рентгенография костей правой голени. 5. Столбняк. Постгеморрагическая анемия.	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12
8.	При осмотре больного на месте ДТП обнаружен перелом левого бедра (наличие отломков в ране, деформация конечности и др.). Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Основные действия на догоспитальном этапе? 3. Какие осложнения могут развиваться в ближайшее время? 4. Куда должен быть госпитализирован пострадавший? 5. Потребуется ли пострадавшему трансфузия компонентов крови?	Ответы: 1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок. 2. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Остановка кровотечения. Асептическая повязка на рану без вправления отломков. Имобилизация конечности в том состоянии, в котором она находится. Инфузионная терапия кристаллоидами 20-30 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии. 3. Жировая эмболия. ДВС-синдром.	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12

		<p>Постгеморрагическая анемия. Столбняк.</p> <p>4. Госпитализация пострадавшего в травматологический стационар.</p> <p>5. После получения данных развернутого анализа крови и свертывающей системы крови, можно будет сделать выводы о необходимости трансфузии эритроцитов и (или) донорской плазмы.</p>		
9.	<p>У больного в течении двух суток отмечалось повышение t до 38, кашель. Без назначения врача, самостоятельно в/м введён антибиотик. В ближайший период появился дискомфорт, чувство «ожога от крапивы», покалывания, кожный зуд, тошнота, рвота, сердцебиение. При осмотре выявлено: АД 70-60/40, ЧСС 120 в минуту, глухость тонов и акцент 2-го тона над лёгочной артерией. На кожном покрове крапивница, отёки лица и верхней половины туловища. Зрачки расширены.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Сформулируйте диагноз?</p> <p>2. Какова лечебная тактика при данном состоянии?</p> <p>3. Куда должен быть госпитализирован больной?</p> <p>4. Как должна проводиться транспортировка данного больного?</p> <p>5. Прогноз исхода данного состояния?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Анафилактический шок. Отек Квинке.</p> <p>2. Необходимо провести следующие мероприятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • придать ногам возвышенное положение, пунктировать и катетеризировать периферическую вену, все препараты вводить внутривенно, ингаляция увлажненного кислорода • 1 внутривенно адреналин 1-2 мл 0,1% в 20 мл 0,9 раствора натрия хлорида, в зависимости от состояния возможно ввести до 5-6 мл препарата • преднизолон 60-90-120 мг • введение жидкости – изотонический раствор хлорида натрия струйно 1000 мл, полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза 200 мл капельно • антигистаминные препараты • при распространении отёка на гортань - адреналин эндотрахеально • после стабилизации 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

		<p>состояния 2-4 мл лазикса</p> <ul style="list-style-type: none"> • транспортировка на носилках <p>3. В отделение реанимации – если не удастся стабилизировать гемодинамику. В терапевтическое отделение при стабилизации АД.</p> <p>4. Лежа на носилках.</p> <p>5. При быстрой стабилизации АД прогноз благоприятный</p>		
10.	<p>Больной 36 лет, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, чувство онемения в правых нижних конечностях, возникшие после падения со второго этажа. При осмотре лежит неестественно прямо. При присаживании боль в спине усиливается.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз? 2. Какие осложнения данной травмы могут развиваться в ближайшее время? 3. Назначьте обследование? 4. Тактика лечения пациента на догоспитальном этапе. 5. Куда должен быть госпитализирован данный пострадавший? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом позвонков поясничного отдела позвоночника. 2. Могут развиваться следующие осложнения: 1) внутреннее кровотечение; 2) геморрагический шок; 3) травматический шок 3. Рентгенография позвоночника. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Развернутый анализ крови. Общий анализ мочи. 4. Обезболивание. Уложить больного на щит. Транспортировка в стационар. 5. Пострадавший должен быть госпитализирован в стационар оказывающий нейрохирургическую помощь 	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12
11.	<p>У пострадавшего при землетрясении обломками разрушившего здания были сдавлены обе нижние конечности. Освободить последние от сдавления удалось только через 4 часа.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром длительного сдавления обеих нижних конечностей. 2. Острая почечная недостаточность, как ведущий компонент синдрома длительного сдавления. 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>2. Развитие какого патологического процесса в реанимационном аспекте ему угрожает?</p> <p>3. Объем помощи на догоспитальном этапе?</p> <p>4. Каков прогноз исхода данной травмы?</p> <p>5. Куда должен быть госпитализирован пострадавший?</p>	<p>3. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Инфузионная терапия кристаллоидов 30-40 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии. Шинирование обеих нижних конечностей.</p> <p>Симптоматическая терапия.</p> <p>4. Ампутация обеих конечностей. Прогноз неблагоприятен при развитии ОПН.</p> <p>5. Госпитализация пострадавшего в хирургический стационар, имеющий аппарат для проведения гемодиализа.</p>		
12.	<p>Больной 35 лет, доставлен в приемное отделение в 18-00 попутным транспортом в зимнее время с ранением правой голени. При осмотре обнаружен жгут выше места ранения с запиской, что жгут был наложен в 17-00.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Поставьте диагноз?</p> <p>2. Ваши действия.</p> <p>3. Объем помощи</p> <p>4. Назначьте обследование.</p> <p>5. Какие осложнения могут развиваться у пострадавшего в ближайшее время?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Открытый перелом костей правой голени? Кровотечение?</p> <p>2. Ослабить жгут на некоторое время (5-10 минут). Наложить жгут снова или прижать пальцем в проекции сосудов до ревизии раны, если кровотечение возобновится.</p> <p>3. Ревизия раны. Диагностика и лечение постгеморрагической анемии. Введение противостолбнячной сыворотки.</p> <p>4. Развернутый анализ крови, анализ свертывающей системы крови. Измерение АД, пульса, ЧДД. Рентгенография костей правой голени.</p> <p>5. Столбняк. Постгеморрагическая анемия.</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12
13.	<p>При осмотре больного на месте ДТП обнаружен перелом левого бедра (наличие отломков в ране, деформация конечности и др.).</p> <p>Вопросы:</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок.</p> <p>2. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Остановка</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>1. Сформулируйте диагноз?</p> <p>2. Основные действия на догоспитальном этапе?</p> <p>3. Какие осложнения могут развиться в ближайшее время?</p> <p>4. Куда должен быть госпитализирован пострадавший?</p> <p>5. Потребуется ли пострадавшему трансфузия компонентов крови?</p>	<p>кровотечения. Асептическая повязка на рану без вправления отломков. Иммобилизация конечности в том состоянии, в котором она находится. Инфузионная терапия кристаллоидами 20-30 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии.</p> <p>3. Жировая эмболия. ДВС-синдром.</p> <p>Постгеморрагическая анемия. Столбняк.</p> <p>4. Госпитализация пострадавшего в травматологический стационар.</p> <p>5. После получения данных развернутого анализа крови и свертывающей системы крови, можно будет сделать выводы о необходимости трансфузии эритроцитов и (или) донорской плазмы</p>		
14.	<p>У больного в течении двух суток отмечалось повышение t до 38, кашель. Без назначения врача, самостоятельно в/м введён антибиотик. В ближайший период появился дискомфорт, чувство «ожога от крапивы», покалывания, кожный зуд, тошнота, рвота, сердцебиение. При осмотре выявлено: АД 70-60/40, ЧСС 120 в минуту, глухость тонов и акцент 2-го тона над лёгочной артерией. На кожном покрове крапивница, отёки лица и верхней половины туловища. Зрачки расширены.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Сформулируйте диагноз?</p> <p>2.Какова лечебная тактика при данном состоянии?</p> <p>3.Куда должен быть госпитализирован больной?</p> <p>4.Как должна проводиться транспортировка данного</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Анафилактический шок. Отек Квинке.</p> <p>2. Необходимо провести следующие мероприятия:</p> <p>1) придать ногам возвышенное положение, пунктировать и катетеризировать периферическую вену, все препараты вводить внутривенно, ингаляция увлажненного кислорода</p> <p>2) внутривенно адреналин 1-2 мл 0,1% в 20 мл 0,9 раствора натрия хлорида, в зависимости от состояния возможно ввести до 5-6 мл препарата</p> <p>3) преднизолон 60-90-120 мг</p> <p>4) введение жидкости – изотонический раствор хлорида натрия струйно 1000 мл, полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12

	<p>больного? 5. Прогноз исхода данного состояния?</p>	<p>200 мл капельно 5) антигистаминные препараты 6) при распространении отёка на гортань - адреналин эндотрахеально 7) после стабилизации состояния 2-4 мл лазикса 8) транспортировка на носилках 3. В отделение реанимации – если не удастся стабилизировать гемодинамику. В терапевтическое отделение при стабилизации АД. 4. Лежа на носилках. 5. При быстрой стабилизации АД прогноз благоприятный</p>		
15.	<p>Больной 36 лет, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, чувство онемения в правых нижних конечностях, возникшие после падения со второго этажа. При осмотре лежит неестественно прямо. При присаживании боль в спине усиливается. Вопросы: 1. Поставьте диагноз? 2. Какие осложнения данной травмы могут развиваться в ближайшее время? 3. Назначьте обследование? 4. Тактика лечения пациента на догоспитальном этапе. 5. Куда должен быть госпитализирован данный пострадавший?</p>	<p>Ответы: 1. Перелом позвонков поясничного отдела позвоночника. 2. Могут развиваться следующие осложнения: 1) внутреннее кровотечение; 2) геморрагический шок; 3) травматический шок 3. Рентгенография позвоночника. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Развернутый анализ крови. Общий анализ мочи. 4. Обезболивание. Уложить больного на щит. Транспортировка в стационар. 5. Пострадавший должен быть госпитализирован в стационар оказывающий нейрохирургическую помощь.</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12
16.	<p>У пострадавшего при землетрясении обломками разрушившего здания были сдавлены обе нижние конечности. Освободить последние от сдавления</p>	<p>Ответы: 1. Синдром длительного сдавления обеих нижних конечностей. 2. Острая почечная недостаточность, как</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12

	<p>удалось только через 4 часа. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Развитие какого патологического процесса в реанимационном аспекте ему угрожает? 3. Объем помощи на догоспитальном этапе? 4. Каков прогноз исхода данной травмы? 5. Куда должен быть госпитализирован пострадавший?</p>	<p>ведущий компонент синдрома длительного сдавления. 3. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Инфузионная терапия кристаллоидов 30-40 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии. Шинирование обеих нижних конечностей. Симптоматическая терапия. 4. Ампутация обеих конечностей. Прогноз неблагоприятен при развитии ОПН. 5. Госпитализация пострадавшего в хирургический стационар, имеющий аппарат для проведения гемодиализа.</p>		
17.	<p>Больной 35 лет, доставлен в приемное отделение в 18-00 попутным транспортом в зимнее время с ранением правой голени. При осмотре обнаружен жгут выше места ранения с запиской, что жгут был наложен в 17-00. Вопросы: 1. Поставьте диагноз? 2. Ваши действия. 3. Объем помощи 4. Назначьте обследование. 5. Какие осложнения могут развиваться у пострадавшего в ближайшее время?</p>	<p>Ответы: 1. Открытый перелом костей правой голени? Кровотечение? 2. Ослабить жгут на некоторое время (5-10 минут). Наложить жгут снова или прижать пальцем в проекции сосудов до ревизии раны, если кровотечение возобновится. 3. Ревизия раны. Диагностика и лечение постгеморрагической анемии. Введение противостолбнячной сыворотки. 4. Развернутый анализ крови, анализ свертывающей системы крови. Измерение АД, пульса, ЧДД. Рентгенография костей правой голени. 5. Столбняк. Постгеморрагическая анемия</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

18.	<p>При осмотре больного на месте ДТП обнаружен перелом левого бедра (наличие отломков в ране, деформация конечности и др.).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Основные действия на догоспитальном этапе? 3. Какие осложнения могут развиться в ближайшее время? 4. Куда должен быть госпитализирован пострадавший? 5. Потребуется ли пострадавшему трансфузия компонентов крови? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок. 2. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Остановка кровотечения. Асептическая повязка на рану без вправления отломков. Иммобилизация конечности в том состоянии, в котором она находится. Инфузионная терапия кристаллоидами 20-30 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии. 3. Жировая эмболия. ДВС-синдром. Постгеморрагическая анемия. Столбняк. 4. Госпитализация пострадавшего в травматологический стационар. 5. После получения данных развернутого анализа крови и свертывающей системы крови, можно будет сделать выводы о необходимости трансфузии эритроцитов и (или) донорской плазмы. 	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12
19.	<p>У больного в течении двух суток отмечалось повышение t до 38, кашель. Без назначения врача, самостоятельно в/м введён антибиотик. В ближайший период появился дискомфорт, чувство «ожога от крапивы», покалывания, кожный зуд, тошнота, рвота, сердцебиение. При осмотре выявлено: АД 70-60/40, ЧСС 120 в минуту, глухость тонов и акцент 2-го тона над лёгочной артерией. На кожном покрове крапивница, отёки лица и верхней половины туловища. Зрачки расширены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анафилактический шок. Отек Квинке. 2. Необходимо провести следующие мероприятия: <ul style="list-style-type: none"> • придать ногам возвышенное положение, пунктировать и катетеризировать периферическую вену, все препараты вводить внутривенно, ингаляция увлажненного кислорода • внутривенно адреналин 1-2 мл 0,1% в 20 мл 0,9 раствора натрия хлорида, в зависимости от состояния возможно ввести до 5-6 мл препарата • преднизолон 60-90-120 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>2. Какова лечебная тактика при данном состоянии?</p> <p>3. Куда должен быть госпитализирован больной?</p> <p>4. Как должна проводиться транспортировка данного больного?</p> <p>5. Прогноз исхода данного состояния?</p>	<p>мг</p> <ul style="list-style-type: none"> • введение жидкости – изотонический раствор хлорида натрия струйно 1000 мл, полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза 200 мл капельно • антигистаминные препараты • при распространении отёка на гортань - адреналин эндотрахеально • после стабилизации состояния 2-4 мл лазикса • транспортировка на носилках <p>3. В отделение реанимации – если не удается стабилизировать гемодинамику. В терапевтическое отделение при стабилизации АД.</p> <p>4. Лежа на носилках.</p> <p>5. При быстрой стабилизации АД прогноз благоприятный.</p>		
20.	<p>Больной 36 лет, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, чувство онемения в правых нижних конечностях, возникшие после падения со второго этажа. При осмотре лежит неестественно прямо. При присаживании боль в спине усиливается.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз? 2. Какие осложнения данной травмы могут развиваться в ближайшее время? 3. Назначьте обследование? 4. Тактика лечения пациента на догоспитальном этапе. 5. Куда должен быть госпитализирован данный пострадавший? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом позвонков поясничного отдела позвоночника. 2. Могут развиваться следующие осложнения: 1) внутреннее кровотечение; 2) геморрагический шок; 3) травматический шок 3. Рентгенография позвоночника. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Развернутый анализ крови. Общий анализ мочи. 4. Обезболивание. Уложить больного на щит. Транспортировка в стационар. 5. Пострадавший должен быть госпитализирован в стационар оказывающий нейрохирургическую помощь 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

21.	<p>У пострадавшего при землетрясении обломками разрушившего здания были сдавлены обе нижние конечности. Освободить последние от сдавления удалось только через 4 часа.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Развитие какого патологического процесса в реанимационном аспекте ему угрожает? 3. Объем помощи на догоспитальном этапе? 4. Каков прогноз исхода данной травмы? 5. Куда должен быть госпитализирован пострадавший? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром длительного сдавления обеих нижних конечностей. 2. Острая почечная недостаточность, как ведущий компонент синдрома длительного сдавления. 3. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Инфузионная терапия кристаллоидов 30-40 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии. Шинирование обеих нижних конечностей. Симптоматическая терапия. 4. Ампутация обеих конечностей. Прогноз неблагоприятен при развитии ОПН. 5. Госпитализация пострадавшего в хирургический стационар, имеющий аппарат для проведения гемодиализа 	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12
22.	<p>Больной 35 лет, доставлен в приемное отделение в 18-00 попутным транспортом в зимнее время с ранением правой голени. При осмотре обнаружен жгут выше места ранения с запиской, что жгут был наложен в 17-00.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз? 2. Ваши действия. 3. Объем помощи 4. Назначьте обследование. 5. Какие осложнения могут развиваться у пострадавшего в ближайшее время? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Открытый перелом костей правой голени? Кровотечение? 2. Ослабить жгут на некоторое время (5-10 минут). Наложить жгут снова или прижать пальцем в проекции сосудов до ревизии раны, если кровотечение возобновится. 3. Ревизия раны. Диагностика и лечение постгеморрагической анемии. Введение противостолбнячной сыворотки. 4. Развернутый анализ крови, анализ свертывающей системы крови. Измерение АД, пульса, ЧДД. Рентгенография костей правой голени. 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

		5. Столбняк. Постгеморрагическая анемия		
23.	<p>При осмотре больного на месте ДТП обнаружен перелом левого бедра (наличие отломков в ране, деформация конечности и др.).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Основные действия на догоспитальном этапе? 3. Какие осложнения могут развиться в ближайшее время? 4. Куда должен быть госпитализирован пострадавший? 5. Потребуется ли пострадавшему трансфузия компонентов крови? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок. 2. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Остановка кровотечения. Асептическая повязка на рану без вправления отломков. Иммобилизация конечности в том состоянии, в котором она находится. Инфузионная терапия кристаллоидами 20-30 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии. 3. Жировая эмболия. ДВС-синдром. Постгеморрагическая анемия. Столбняк. 4. Госпитализация пострадавшего в травматологический стационар. 5. После получения данных развернутого анализа крови и свертывающей системы крови, можно будет сделать выводы о необходимости трансфузии эритроцитов и (или) донорской плазмы. 	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-12
24.	<p>У больного в течении двух суток отмечалось повышение t до 38, кашель. Без назначения врача, самостоятельно в/м введён антибиотик. В ближайший период появился дискомфорт, чувство «ожога от крапивы», покалывания, кожный зуд, тошнота, рвота, сердцебиение. При осмотре выявлено: АД 70-60/40, ЧСС 120 в минуту, глухость тонов и акцент 2-го тона над лёгочной артерией. На кожном покрове крапивница,</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анафилактический шок. Отек Квинке. 2. Необходимо провести следующие мероприятия: <ol style="list-style-type: none"> 1) придать ногам возвышенное положение, пунктировать и катетеризировать периферическую вену, все препараты вводить внутривенно, ингаляция увлажненного кислорода 2) внутривенно адреналин 1-2 мл 0,1% в 20 мл 0,9 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>отёки лица и верхней половины туловища. Зрачки расширены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какова лечебная тактика при данном состоянии? 3. Куда должен быть госпитализирован больной? 4. Как должна проводиться транспортировка данного больного? 5. Прогноз исхода данного состояния? 	<p>раствора натрия хлорида, в зависимости от состояния возможно ввести до 5-6 мл препарата</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) преднизолон 60-90-120 мг 4) введение жидкости – изотонический раствор хлорида натрия струйно 1000 мл, полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза 200 мл капельно 5) антигистаминные препараты 6) при распространении отёка на гортань - адреналин эндотрахеально 7) после стабилизации состояния 2-4 мл лазикса 8) транспортировка на носилках <p>3. В отделение реанимации – если не удастся стабилизировать гемодинамику. В терапевтическое отделение при стабилизации АД.</p> <p>4. Лежа на носилках.</p> <p>5. При быстрой стабилизации АД прогноз благоприятный</p>		
25.	<p>Больной 36 лет, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, чувство онемения в правых нижних конечностях, возникшие после падения со второго этажа. При осмотре лежит неестественно прямо. При присаживании боль в спине усиливается.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз? 2. Какие осложнения данной травмы могут развиваться в ближайшее время? 3. Назначьте обследование? 4. Тактика лечения пациента на догоспитальном этапе. 5. Куда должен быть госпитализирован данный 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом позвонков поясничного отдела позвоночника. 2. Могут развиваться следующие осложнения: 1) внутреннее кровотечение; 2) геморрагический шок; 3) травматический шок 3. Рентгенография позвоночника. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Развернутый анализ крови. Общий анализ мочи. 4. Обезболивание. Уложить больного на щит. Транспортировка в стационар. 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	пострадавший?	5. Пострадавший должен быть госпитализирован в стационар оказывающий нейрохирургическую помощь.		
--	---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

9. Педагогика

Коды формируемых компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	ПЕДАГОГИКА – ЭТО... 1) наука о целенаправленном процессе передачи человеческого опыта и подготовки подрастающего поколения к жизнедеятельности; 2) наука о педагогическом процессе; 3) наука о воспитании; 4) наука об обучении и воспитании человека; 5) наука о методах и формах обучения.	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
2.	УЧЕНИЕ – ЭТО ... 1) деятельность учителя 2) деятельность студентов 3) деятельность учителя и учащихся	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
3.	АВТОРОМ «ВЕЛИКОЙ ДИДАКТИКИ» БЫЛ: 1) Френсис Бэкон; 2) Ян Амос Коменский; 3) древнегреческий философ	2	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
4.	ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) обучение; 2) обучение и воспитание; 3) преподаватели и студенты; 4) целостный педагогический процесс; 5) образование.	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
5.	ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО... 1) целенаправленный процесс обучения и воспитания; 2) процесс передачи накопленных поколениями знаний и культурных ценностей; 3) передача исторического и культурного опыта.	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
6.	ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ – ЭТО 1) социальные институты, которые приобретают государственный статус системы образования в стране; 2) детские сады, школы, техникумы, институты, университеты; 3) все учреждения, в которых проводится обучение и воспитание	1	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
7.	СОДЕРЖАНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: 1) конституцией страны;	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9

	2) государственными стандартами; 3) законом об образовании.			
8.	ПОЛУЧЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ В УНИВЕРСИТЕТЕ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ: 1) справкой об окончании университета; 2) дипломом о высшем образовании.	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
9.	ПРИНЦИП НАУЧНОСТИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ, ЧТО... 1) студенты на занятиях изучают различные науки 2) получаемые на занятиях знания являются достоверными и соответствуют современным достижениям науки и техники 3) используемые на занятиях методы соответствуют современным достижениям науки и техники	2	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
10.	ПРИНЦИП НАГЛЯДНОСТИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ, ЧТО... 1) на занятиях используют различный иллюстративный материал 2) ход обучения строится от конкретного к абстрактному, от представления к мышлению 3) студенты получают знания в ходе самостоятельных наблюдений	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
11.	ДИДАКТИКОЙ УСТАНОВЛЕННЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВИЛА ДОСТУПНОСТИ ОБУЧЕНИЯ 1) идти от легкого к трудному; 2) идти от известного к неизвестному; 3) идти от простого к сложному; 4) идти от нового к старому; 5) идти от практики к теории	1, 2, 3	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
12.	ПРЕПОДАВАНИЕ – ЭТО ... 1) деятельность педагога 2) деятельность студентов 3) деятельность преподавателя и студентов	1	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
13.	ДИДАКТИКА — ЭТО ... 1) раздел общей педагогики, направленный на изучение и раскрытие теоретических основ организации процесса обучения (закономерностей, принципов, методов обучения), а также на поиск и разработку новых принципов, стратегий, методик, технологий и систем обучения 2) раздел педагогики, изучающий процесс обучения 3) раздел педагогики, изучающий воспитание	1	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
14.	ВЕДУЩИМИ ФОРМАМИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) практические занятия;	1, 2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9

	<p>2) лекция;</p> <p>3) самостоятельные занятия;</p> <p>4) лабораторный практикум;</p> <p>5) учебная экскурсия;</p> <p>6) консультация;</p> <p>7) семинар.</p>			
15.	<p>ПРИНЦИП СИСТЕМНОСТИ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ, ЧТО...</p> <p>1) студенты овладевают знаниями в определенном, логически обоснованном порядке;</p> <p>2) занятия строятся строго систематично и последовательно.</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
16.	<p>11. ЧТО ТАКОЕ «БОЛОНСКИЙ ПРОЦЕСС»?</p> <p>«Болонским» принято называть процесс</p> <p>1) асоздания странами Европы единого образовательного пространства</p> <p>2) строительства Европейского университета</p> <p>3) подписания соглашения о доступности образования для студентов всех стран.</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
17.	<p>СКОЛЬКО СТРАН-УЧАСТНИКОВ БОЛОНСКОГО СОГЛАШЕНИЯ</p> <p>1) 29</p> <p>2) 35</p> <p>3) 40</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
18.	<p>В КАКОМ ГОДУ БЫЛО ПОДПИСАНО БОЛОНСКОЕ СОГЛАШЕНИЕ?</p> <p>1) 1998</p> <p>2) 2003</p> <p>3) 2008</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
	<p>ЧЕМ ВЫЗВАНА НЕОБХОДИМОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ РЕФОРМ В ДУХЕ БОЛОНСКОГО ПРОЦЕССА?</p> <p>1) потребностью убрать факторы, мешающие выстраиванию целостного образовательного пространства России и Европы</p> <p>2) желанием сделать образование высокорентабельной сферой бизнеса</p> <p>3) необходимостью в сравнимости квалификаций студентов в области высшего образования</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
19.	<p>КАКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СУЩЕСТВУЮТ В РОССИИ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНЦИПОВ БОЛОНСКОГО ПРОЦЕССА?</p> <p>1) интернациональный дух российского образования, типичный для российского высшего образования</p> <p>2) верность принципу неразрывности образования и науки, восходящему к</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9

	Гумбольдту и Лейбницу 3) фундаментальность и классицизм высшего образования 4) не предполагаются			
20.	КАКАЯ ФУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНОЙ? 1) оценочная. 2) организаторская. 3) планирования. 4) управления.	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
21.	НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИИ ПЕДАГОГА НАЗВАНЫ НЕПРАВИЛЬНО. НАЙДИТЕ ИХ. 1) аналитическая, диагностическая 2) дифференциации, систематизации 3) планирования, управления. 4) организаторская, контрольная.	2	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
22.	ОБ ОТНОШЕНИИ СТУДЕНТОВ К СВОЕМУ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ МОЖНО УЗНАТЬ, ЗАДАВАЯ ИМ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ. 1) охотно ли вы идёте к педагогу со своими вопросами? 2) берёт ли на себя педагог часть вины за плохую учёбу? 3) идёт ли педагог с жалобой на плохое поведение к администрации? 4) все ответы верны.	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
23.	КАК ДОЛЖЕН ВЫГЛЯДЕТЬ ПЕДАГОГ? 1) модным, экстравагантным, одетым по - молодёжному. 2) внешность и одежда не имеют значения. 3) как английский джентльмен: после его ухода остаётся хорошее впечатление, но бывает очень трудно вспомнить, во что он был одет. 4) на два-три шага отставать от моды	3	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
24.	ЧТО ТАКОЕ ПРЕПОДАВАНИЕ? 1) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения, обеспечение информирования, воспитания, осознания, и практического применения знаний. 2) процесс, в ходе которого возникают новые формы поведения и деятельности, изменяются ранее приобретенные. 3) упорядоченное взаимодействие педагога с учащимися, направленное на достижение поставленной цели. 4) дидактический процесс по определенным критериям, в ходе которого реализуются поставленные цели.	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
25.	СТИЛИ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА	4	ВК ТК	УК-2, УК-3,

	<p>ТРИ ОСНОВНЫХ ВИДА, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) авторитарный 2) демократический 3) либерально-попустительский 4) псевдодемократический 		ГИА	ПК-9
26.	<p>В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ РЕГУЛЯТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в выборе и применении форм, средств, методов, приемов контроля достижений и недоработок учащихся с целью корректировки их обучения и воспитания 2) в обеспечении реального психологического контакта с учащимися, процесса познания, взаимопонимания, обмена материальными и духовными ценностями, развития познавательной направленности личности; 3) в развитии организационных и организаторских качеств личности, коммуникативных, гностических, функциональных и других способностей и умений детей через активное участие в роли исполнителя или организатора различных видов деятельности. 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
27.	<p>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, СВЯЗАННЫЙ С ПОИСКОМ И ОТКРЫТИЕМ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ НА ОСНОВЕ ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА-ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) внимание 2) мышление 3) этика 4) логика 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
28.	<p>ВЫСШАЯ ФОРМА МЫШЛЕНИЯ-ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) конкретизация 2) анализ 3) умозаключение 4) понятие 	3	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
29.	<p>ОСНОВНАЯ ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ-ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) умение извлекать главное 2) способность реагировать на внутренние и внешние действия 3) склонность индивида к определённым психическим сознаниям 4) умение анализировать любые проблемы, устанавливая логическую связь 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
30.	<p>ДЛЯ РЕШЕНИЯ СЛОЖНОЙ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ ЗАДАЧИ НЕОБХОДИМО:</p>	3	ВК ТК	УК-2, УК-3,

	<ul style="list-style-type: none"> 1) сосредоточиться 2) решение задачи путём решения предыдущих сложнорешаемой задачи 3) умело выбрать пути решения 4) составить интеллектуальную карту 		ГИА	ПК-9
31.	ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ -ЭТО <ul style="list-style-type: none"> 1) условия оптимизации учебного процесса 2) проект определенной педагогической системы, реализуемой на практике 3) основное положение теории обучения 4) результат взаимодействия преподавателя и обучающегося 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
32.	ОБЪЕКТИВНОСТЬ, ОБОСНОВАННОСТЬ ОЦЕНОК, СИСТЕМАТИЧНОСТЬ, ВСЕСТОРОННОСТЬ И ОПТИМАЛЬНОСТЬ - ЭТО <ul style="list-style-type: none"> 1) функции кейс-технологии 2) требования к оцениванию решения кейсов 3) принципы применения кейсов 4) задачи кейс-технологии 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
33.	МОЗГОВОЙ ШТУРМ, МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ, СИНЕКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ - ЭТО <ul style="list-style-type: none"> 1) принципы кейс-технологии 2) требования к кейсам 3) методы обсуждения кейсов 4) этапы решения кейсов 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
34.	АВТОРАМИ КЛАССИФИКАЦИИ, согласно которой выделяют а)структурированные кейсы; б) «маленькие наброски»; в) большие неструктурированные кейсы; г) первооткрывательские кейсы, являются <ul style="list-style-type: none"> 1) Федянин Н., Давиденко В. 2) Пospelов Д., Овсянников О. 3) Бирнштейн М., Брянский Ю. 4) Рапопорт В., Платов В 	1	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
35.	ИСТОЧНИКИ КЕЙСОВ <ul style="list-style-type: none"> 1) общественная жизнь, образование, наука 2) философия, социология, экономика 3) искусство, технологии, мифы 4) все ответы верны 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
36.	ПРИНЦИП РЕАЛИЗАЦИИ КЕЙС – ТЕХНОЛОГИИ <ul style="list-style-type: none"> 1) принцип солидарности 2) принцип многоаспектности 3) принцип валидности 4) принцип индивидуализации обучения 	2	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
37.	ВОЗМОЖНОСТЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦВЕТОВОГО ОФОРМЛЕНИЯ МАТЕРИАЛА, ВКЛЮЧЕНИЯ В ЭУМК АНИМАЦИИ,	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9

	ВИДЕО И АУДИО ФРАГМЕНТОВ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) визуализация 2) актуализация 3) доступность 4) наглядность			
38.	ДИДАКТИЧЕСКИМ ТРЕБОВАНИЕМ, КОТОРЫМ ДОЛЖЕН ОТВЕЧАТЬ ЭУМК ЯВЛЯЕТСЯ: 1) индивидуализация обучения 2) актуальность 3) доступность 4) наглядность	1	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
39.	КОЛИЧЕСТВО БЛОКОВ ВХОДЯЩИХ В СТРУКТУРУ ЭУМК: 1) 5 2) 7 3) 4 4) 3	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
40.	СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ ОТНОСЯТСЯ К БЛОКУ: 1) учебному 2) исследовательскому 3) входному 4) итоговому	1	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
41.	ВОЗМОЖНОСТЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭУМК НА КОМПЬЮТЕРАХ С РАЗЛИЧНЫМИ АППАРАТНЫМИ КОНФИГУРАЦИЯМИ, СИСТЕМНЫМ ПРОГРАММНЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ОБУСЛАВЛИВАЕТСЯ: 1) многоплатформенностью 2) простотой установки 3) удобством 4) простотой использования	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
42.	КРИТЕРИИ, НА ОСНОВАНИИ КОТОРЫХ ОЦЕНИВАЕТСЯ РАЗРАБОТАННЫЙ ПРОГРАММНЫЙ ПРОДУКТ, ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА: 1) количественные; 2) качественные; 3) уровень овладения интеллектуальными навыками 4) все ответы верны	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9

Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Способность и готовность проектировать и организовывать образовательный процесс в медицинском вузе.	ТК ГИА	УК-3, ПК-9
2.	Способность и готовность создавать образовательную среду в соответствии с требованиями высшего медицинского образования.	ТК ГИА	УК-2, ПК-9
3.	Способность и готовность к осуществлению психолого-педагогической деятельности, которая заключается в формировании у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	ТК ГИА	УК-3, ПК-9
4.	Понимать и уметь объяснять теоретические основы активных и интерактивных методов обучения.	ТК ГИА	УК-1, ПК-9
5.	Разрабатывать сценарии занятия с использованием активных и интерактивных методов обучения.	ТК ГИА	УК-2, ПК-9
6.	Оценивать эффективность учебного процесса с точки зрения достижения поставленных целей обучения.	ТК ГИА	УК-3, ПК-9
7.	Способность и готовность обеспечивать качество подготовки специалистов для системы здравоохранения в соответствии с ФГОС.	ТК ГИА	УК-2, ПК-9
8.	Способность и готовность проектировать и организовывать образовательный процесс в медицинском вузе.	ТК ГИА	УК-1, ПК-9
9.	Понимать и уметь объяснять теоретические основы педагогических технологий.	ТК ГИА	УК-2, ПК-9
10.	Разрабатывать план-конспект занятия.	ТК ГИА	УК-3, ПК-9
11.	Оценивать эффективность учебного процесса с точки зрения достижения поставленных целей обучения.	ТК ГИА	УК-2, ПК-9
12.	Реализовывать технологию проектного обучения в образовательном процессе.	ТК ГИА	УК-3, ПК-9
13.	Разрабатывать примерную тематику проектов для студентов младших и старших курсов.	ТК ГИА	УК-2, ПК-9
14.	Уметь проектировать педагогическое общение, владеть педагогической техникой	ТК ГИА	УК-3, ПК-9
15.	Определять стадии доверительных отношений.	ТК ГИА	УК-2, ПК-9
16.	Установление доверительных отношений с	ТК	УК-3, ПК-9

	партнером по общению.	ГИА	
17.	Способность и готовность формировать у студентов умения и навыки врачебной коммуникации.	ТК ГИА	УК-2, ПК-9

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1	<p>Педагог дает задание: на слух определить, из скольких самостоятельных предложений состоит отрывок из стихотворения Ф. Тютчева:</p> <p>Смотри, как запад разгорелся Вечерним заревом лучей. Восток померкнувший оделся Холодной сизой чешуей! В вражде ль они между собою?</p> <p>Иль солнце не одно для них И, неподвижною средою Деля, не соединяет их?</p> <p>Ученики ответили, что в этом отрывке выделяются четыре предложения. На основании чего, — задает вопрос учитель, — вы установили, что он состоит из четырех предложений?</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Зависит ли эффективность выполнения задания от возраста обучающихся или каких-либо еще факторов?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Возрастные особенности развития внимания, памяти, мышления влияют на эффективность выполнения определенных учебных заданий. Кроме того, на эффективность влияет уровень обучаемости и обученности студентов</p> <p>2. Переведите педагогические ситуации в задачи (стратегические, тактические, оперативные) и представьте их решение:</p> <p>3. Педагог планировал начать урок с обсуждения творческих домашних заданий, студенты его не выполнили</p> <p>4. Педагог, войдя в аудиторию, сообщает о контрольной работе, но 4 студента отказываются её писать на том основании, что группа заранее не была предупреждена об этой работе</p> <p>5. При ответе студенты должны отметить, в какие компоненты занятия необходимо вносить коррекцию при решении стратегических, тактических, оперативных задач</p>	ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
2	<p>При изучении биогеоценозов педагог выбирает несколько участков одинаковых биогеоценозов, которые находятся на разных стадиях рекреационной дигрессии: например, участок, расположенный в черте города, рядом с</p>	<p>1. Являясь примером кооперативного обучения, данный метод направлен на проработку некоторого учебного текста и может быть использован в преподавании социальных и гуманитарных дисциплин. Алгоритм применения метода состоит из нескольких этапов:</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-9

<p>городом и в 20 км от города. Класс делится на группы, каждая из которых исследует один участок, выполняя при этом одинаковые задания по изучению состояния почвы, растительного покрова, животного мира и сравнения полученных данных с результатами работы прошлых лет. Для этого в группах ученики разделяются по «специальностям»:</p> <p>картографы, геоморфологи, почвоведы, ботаники, зоологи. Каждому «специалисту» выдается инструкция, где обозначен учебный материал, который ученик должен повторить и изучить самостоятельно, перечислено оборудование, даны задания и вопросы. После этого все ученики самостоятельно обрабатывают полученные данные, выявляют причины дигрессии биогеоценозов, ищут способы, направленные на их восстановление. На уроке от каждой группы делается сообщение о результатах исследований, проходит обмен мнениями, формулируются выводы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие методы и средства обучения использованы педагогом? 2. Раскройте логику развития творчества у студентов на данном занятии. <p>Студенты в группах обсуждают решение какой-либо проблемы, предлагая все новые и новые способы</p>	<p>Распределение студентов на малые группы по пять человек: в студенческой группе из 30 человек получится шесть малых групп. Каждому студенту в каждой малой группе присваивается порядковый номер от одного до пяти.</p> <p>Приготовленный заранее текст разбит на пять смысловых частей. Каждый студент в малой группе получает свою часть текста, над которой работает в течение 15–20 минут.</p> <p>Все студенты малых групп, имеющие порядковый номер 1, собираются в свою новую малую группу, вторые номера – в свою, третьи – в свою и т. д. (получается пять новых малых групп по шесть человек).</p> <p>2. В новых малых группах студенты разбиваются по парам (получается три пары) и обсуждают содержание текста. В случае необходимости студенты могут обращаться за помощью к преподавателю-эксперту. Этот этап продолжается 10–15 минут.</p> <p>3. Следующие 15 минут, разбившись в новых малых группах по новым парам, студенты продумывают способ преподавания своей изученной части текста коллегам из первой малой группы.</p> <p>4. Студенты возвращаются в первоначальные малые группы и преподают своим коллегам материал.</p> <p>Проводится небольшой письменный тест или фронтальный опрос</p>		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p>решения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой метод обучения использован на этом занятии? 2. Какие функции выполняет данный метод в учебном процессе? 3. На каком этапе обучения целесообразно использовать данный метод? 4. При каких условиях использование данного метода будет более эффективным? менее эффективным? 			
3	<p>При изучении биогеоценозов педагог выбирает несколько участков одинаковых биогеоценозов, которые находятся на разных стадиях рекреационной дигрессии: например, участок, расположенный в черте города, рядом с городом и в 20 км от города. Класс делится на группы, каждая из которых исследует один участок, выполняя при этом одинаковые задания по изучению состояния почвы, растительного покрова, животного мира и сравнения полученных данных с результатами работы прошлых лет. Для этого в группах ученики разделяются по «специальностям»: картографы, геоморфологи, почвоведы, ботаники, зоологи. Каждому «специалисту» выдается инструкция, где обозначен учебный материал, который ученик должен повторить и изучить самостоятельно, перечислено оборудование,</p>	<p>Частично-поисковый метод, метод малых групп, учебно-деловая игра.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-2, УК-3, ПК-9</p>

	<p>даны задания и вопросы. После этого все ученики самостоятельно обрабатывают полученные данные, выявляют причины дигрессии биогеоценозов, ищут способы, направленные на их восстановление. На уроке от каждой группы делается сообщение о результатах исследований, проходит обмен мнениями, формулируются выводы.</p> <p>1. Какие методы и средства обучения использованы педагогом?</p> <p>2. Раскройте логику развития творчества у студентов на данном занятии</p>			
4	<p>На приеме в поликлинике во время беседы с пациентом врач большую часть времени молча слушает пациента, изредка задавая уточняющие вопросы. Какой вид слушания использует врач? В каких ситуациях этот способ слушания полезен, а в каких ситуациях использование этого способа слушания недостаточно?</p>	<p>Нерефлексивное слушание. Ситуации, в которых полезно нерефлексивное слушание:</p> <p>1. Собеседник горит желанием выказать свое отношение к чему-либо или выразить свою точку зрения. 2. Собеседник хочет обсудить наиболее болезненные вопросы. 3. Собеседник испытывает трудности в выражении своих забот и проблем. 4. Сдерживание эмоций в беседе с человеком, занимающим более высокое положение.</p> <p>Ситуации, в которых нерефлексивного слушания недостаточно:</p> <p>1 Недостаточность и отсутствие желания говорить у собеседника. 2. Нерефлексивное слушание ошибочно истолковывается говорящим как согласие слушать, когда оно таковым не является. 3. Говорящий стремится получить более активную поддержку или одобрение. 4. Нерефлексивное</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-2, УК-3, ПК-9</p>

		слушание неуместно, когда оно противоречит интересам собеседника и мешает его самовыражению.		
5	Во время приема в поликлинике на беседе врач задает пациенту наводящие и уточняющие вопросы, внимательно выслушивает больного, вступает в активный диалог. Какой вид слушания использует врач? Какие существуют приемы для достижения наибольшего эффекта от такого вида слушания?	Рефлексивное слушание. К приемам рефлексивного слушания относят выяснение, перефразирование, отражение чувств, резюмирование	ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
6	В процессе создания ЭУМК был составлен план действий: 1. Определение целей создания ЭУМК; 2. Создание дизайна; 3. Разработка программного обеспечения ЭУМК; 4. Апробация в учебном процессе; 5. Экспертиза оценки и качества; Были ли допущены ошибки при составлении плана? Если были, то исправьте план, объяснив значение ошибки. При создании ЭУМК, на этапе определения целей автор провёл модернизацию традиционной методики обучения на базе использования современных информационных технологий, сделав целью модернизацию всего процесса. Допустил ли автор ошибку(-ки)? Объясните ошибку(-ки) автора.	Целью должна стать не сама модернизация, а повышение эффективности того или иного вида учебной деятельности с использованием современных информационных технологий. В противном случае, труд, затраченный на разработку ЭУМК, не приведет к положительному результату.	ТК ГИА	УК-1, ПК-9
7	Считается, что применение гипертекстовой технологии и организация самоконтроля в ЭУМК	Такой подход не совсем оправдан, поскольку в настоящее время существует более широкий набор	ТК ГИА	УК-1, ПК-9

	достаточно для поддержки принципа индивидуализации. Как вы думаете, оправдан ли такой подход?	инструментальных программных средств, позволяющих реализовать гибкие индивидуально настраиваемые методики обучения		
8	На первой ознакомительной беседе психолог начал беседу с обсуждения отрицательных черт пациента, стал настаивать на своей руководящей позиции в общении. В результате пациент потерял интерес к разговору, закрылся в себе. На повторный сеанс не пришел. Какую ошибку совершил психолог? Перечислите стадии которые должны пройти психолог и пациент для достижения наибольшей эффективности от общения?	Психолог не установил с пациентом доверительные отношения. Стадии доверительных отношений по Филонову: 1. накопление согласия, 2. поиск совпадающих интересов, 3. - взаимное принятие для обсуждения личностных качеств и принципов, 4. выявление качеств, опасных для взаимодействия, 5. способы индивидуального воздействия и взаимной адаптации партнеров, 6. согласованное взаимодействие	ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Врач внимательно и терпеливо выслушивает пациента, сопровождает его рассказ кивком головы. Дает ему возможность обсудить причины и возможные последствия болезни, свою будущую жизнь. Когда рассказ больного прерывается, врач просит "Пожалуйста, продолжайте", "Расскажите подробнее". О каком компоненте доверительного общения идет речь? Какие еще компоненты вы знаете?	Поведение врача во время беседы проявляет понимание, что дает больному уверенность, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Кроме понимания доверительное общение врача и больного включает в себя поддержку, уважение, сочувствие.	ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
10	На первой ознакомительной встрече врач начал беседу с обсуждения отрицательных черт пациента, стал настаивать на своей руководящей позиции в общении. В результате пациент потерял интерес к	Это первая стадия общения - накопление согласия. Ошибка врача в том, что он сразу начал с обсуждения отрицательных качеств пациента. Пациент имеет определенные ожидания относительно того, как	ТК ГИА	УК-1, ПК-9

	<p>разговору, закрылся в себе. На повторный прием не пришел.</p> <p>Определите стадию установления доверительных отношений. Какую ошибку допустил врач? Какова должна быть его тактика на этой стадии?</p>	<p>будет действовать врач, он соответствующим образом подготавливается к общению с ним, "выстраивает" барьеры возможным воздействиям, повышает контроль за своими высказываниями.</p> <p>Настороженность, боязнь раскрыть свои слабые места, подвергнуться осуждению препятствуют установлению контакта. Поэтому врач должен нейтрализовать негативные установки пациента и постараться усилить действия побуждений, способствующих общению и сближению. Наиболее целесообразно начинать общение с обсуждения нейтральной и достаточно актуальной темы - той, о которой все говорят (о погоде, спортивных состязаниях, новых фильмах). Беседа должна протекать легко, свободно, без напряжения. При постановке вопросов не следует настаивать на ответах, нецелесообразно задавать вопросы, на которые собеседник даст отрицательный ответ</p>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

10. Онкология

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-5

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>ДЛЯ РАКА ПЕДЖЕТА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ИЗ</p> <p>1) альвеолярного эпителия 2) мышечной ткани 3) жировой ткани 4) соединительной ткани 5) переходного эпителия на границе протоков</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5
2.	<p>БОЛЬНАЯ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>1) Ia клинической группе 2) Ib клинической группе 3) II клинической группе 4) III клинической группе 5) IV клинической группе</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5
3.	<p>ОСНОВНОЙ МЕТОД СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 55 ЛЕТ</p> <p>1) маммография 2) пальпация молочной железы 3) УЗИ молочных желез 4) морфологический 5) компьютерная томография</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5
4.	<p>РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ ПО ХОЛСТЕДУ-МАЙЕРУ ЭТО</p> <p>1) секторальная резекция молочной железы 2) мастэктомия с удалением большой и малой грудных мышц и лимфаденэктомия 3) мастэктомия с сохранением грудных мышц и лимфаденэктомия 4) мастэктомия с удалением малой грудной мышцы и лимфаденэктомия 5) расширенная секторальная резекция молочной железы и лимфаденэктомия</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5
5.	<p>ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА РАКА ЛЕГКОГО</p> <p>1) табакокурение 2) злоупотребление алкоголем 3) производство асбеста</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5

	4) вирус папилломы человека 5) производство никеля			
6.	ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА ЛЕГКОГО 1) плоскоклеточный ороговевающий рак 2) высокодифференцированная аденокарцинома 3) плоскоклеточный неороговевающий рак 4) атипичный карциноид 5) мелкоклеточный рак	5	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5
7.	ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ФОРМЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО 1) рентгенография легких в двух проекциях 2) компьютерная томография легких 3) анализ мокроты на атипичные клетки 4) торакоскопия 5) бронхоскопия с биопсией	5	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5
8.	ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО 1) лучевая терапия 2) иммунотерапия 3) хирургическое лечение 4) химиотерапия 5) гормонотерапия	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	Больной 58 лет. Обратилась к онкологу в связи с тем, что за последние шесть месяцев правая молочная железа уменьшилась в размере, стала плотной как "камень". Кроме того, четыре месяца назад появились резкие боли в	Ответы: 1. Рак молочной железы IV стадии. 2: Маммография, ФЛГ, УЗИ органов брюшной полости, скинтиграфия костей скелета, трепанбиопсия	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Анамнез: три месяца назад больная обратилась к неврологу по поводу этих болей в позвоночнике. Была проведена противовоспалительная терапия и физиолечение. Болине только не уменьшились, но и стали постоянными.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. План обследования? 3. Окакой диффузной форме рака молочной железы можно подумать? 4. Выпишите рецепт нанестероидный противовоспалительный препарат (таблетки кетонала). 5. Ошибки врача-невролога? 	<p>молочной железы.</p> <p>3: Диффузный рак молочной железы (панцирная форма).</p> <p>4: Rp: Tabl. Ketonali 0,01 N.20 D.S. Внутрь 1 таблетке 2 раз в сутки</p> <p>5: Длительное наблюдение и консервативное лечение</p>		
002	<p>Пациенту 60 лет. Находится в торакальном хирургическом отделении по поводу опухоли верхней доли правого легкого. Распад опухоли. Кровохарканье. После надсадного кашля у больного возникло кровотечение. Вызван дежурный врач. Больной захлебывается алой пенной кровью. Крайне беспокоен, мечется в постели. Кожные покровы бледные, холодный пот, тахикардия до 120 уд./в мин., АД 80/40 мм рт. ст. В банке для мокроты около 200-300 мл пенной крови со сгустками.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Тактика лечения 3. Метод скрининга рака легкого? 4. Выпишите рецепт на гемостатический препарат (этамзилат). 5. Третичная профилактика рака легкого? 	<p>Ответы:</p> <p>1. Рак легкого, распад опухоли, профузное легочное кровотечение.</p> <p>2: Гемостатическая консервативная терапия. Переливание свежзамороженной плазмы, эритроцитарной взвеси. Контроль АД, пульса, гемоглобина, ВСК, гематокрита. При неэффективности консервативной терапии - торакотомия (лобэктомия, пульмонэктомия).</p> <p>При невозмож</p> <p>3: Флюорография в 4 проекциях.</p> <p>4: Rp.: Sol. Aethamsylati 12,5%-2 ml D.t.d.N.10 in amp. S. Внутримышечно по 2 мл утром и вечером.</p> <p>5: Радикальная операция на первичном очаге (лобэктомия, билобэктомия, пульмонэктомия) с обязательной лимфодиссекцией в средостении.</p>	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5</p>

		Контрольная диспансеризация больного. Применение специальных методов лечения в послеоперационном периоде		
003	<p>Больной 48 лет. Жалуется на слизисто-кровянистые выделения после дефекации. Болен в течение 6 месяцев. Объективно: живот мягкий, безболезненный. При пальцевом исследовании прямой кишки на 5,0 см от анального кольца по правой боковой стенке имеется опухоль округлой формы с гладкой поверхностью, четкими контурами 2,5x2,5 см на широком основании.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Дифференциальная диагностика? 3. Объем оперативного лечения при подтверждении рака прямой кишки? 4. Выпишите рецепт на ангиопротектор (этамзилат) для уменьшения кровотечения из опухоли. 5. Вторичная профилактика рака прямой кишки? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Аденоматозный кровоточащий полип. 2: Геморрой, ворсинчатая опухоль и рак прямой кишки. 3: Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. 4: Rp.: Sol. Aetamsylati 12,5%-2 ml D.t.d.N.10 in amp. S. Вводить в мышцу 2 мл 2 раза в день. 5: Своевременная диагностика и лечение предраковых заболеваний прямой кишки (аденоматозные полипы, ворсинчатая опухоль, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, хронические парапроктиты со свищами и осложненным геморроем). 	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5
004	<p>Пациентке 56 лет. В течение многих лет отмечает наличие "родинки" на коже левой щеки. Два месяца назад она стала увеличиваться в размерах, потемнела. Стоматолог по месту жительства удалил пигментную опухоль, при плановом гистологическом исследовании – внутридермальный невус. Через 3 месяца в области послеоперационного рубца появилось уплотнение темного цвета, в подчелюстной области пальпаторно определяется плотноэластический</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Меланома кожи правой щеки, состояние после нерадикальной операции, метастазы в лимфатические узлы шеи слева. 2: После удаления пигментного новообразования кожи не проводилось срочное гистологическое исследование, недооценка признаков малигнизации невуса. 3: Широкое иссечение послеоперационного рубца, фасциально- 	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>лимфатический узел диаметром до 1,5 см. При пересмотре гистологических препаратов в онкологическом центре – веретенчатая меланома, V уровень инвазии по Кларку.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Ошибки диагностики? 3. Предполагаемый объем операции после лечения у стоматолога? 4. Выпишите рецепт на антибактериальный препарат (цефтриаксон). 5. Укажите вид профилактики в данном случае? 	<p>фулярное иссечение клетчатки с лимфатическими узлами на шее слева.</p> <p>4: Rp.: Ceftriaxonі 1,0 D.t.d.N.10 S. Содержимое флакона развести в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия, вводить внутривенно 1 раз в сутки.</p> <p>5: Третичная профилактика.</p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

11. Анестезиология и реаниматология

Коды формируемых компетенций: ПК-3, ПК-7, ПК-12

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	СИСТЕМНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ НЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ 1) гипоксии 2) добавлении вазоконстриктора 3) ацидозе 4) гипопротеинемии 5) печеночной недостаточности	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-7, ПК-12
2.	ПРЕМЕДИКАЦИЯ ОПИОИДАМИ 1) снижает общие периоперационные потребности в опиоидах 2) не может быть проведена приемом таблеток внутрь 3) противопоказана у детей 4) замедляет эвакуацию из желудка 5) улучшает печеночный клиренс анестетических агентов	2	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-7, ПК-12
3.	НАИБОЛЬШЕЙ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ 1) тиопентал 2) самбревин 3) калипсол 4) гексенал 5) диприван	3	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-7, ПК-12
4.	ВИДЫ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ, ВСЕ КРОМЕ 1) эндотрахеальный наркоз 2) внутривенный наркоз 3) спинальная анестезия 4) нейролептанальгезия 5) ингаляционная анестезия	3	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-7, ПК-12
5.	СМЕСЬ 0,2% РОПИВАКАИНА С АДРЕНАЛИНОМ И ФЕНТАНИЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) смесь бревика 2) смесь сальникова 3) поляризующая смесь 4) смесь петрова 5) не применяется в медицине	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-7, ПК-12
6.	ДЕСФЛЮРАН ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ проведения	4	ВК ТК	ПК-3, ПК-7,

	1) местной анестезии 2) спинальной анестезии 3) проводниковой анестезии 4) эндотрахеального наркоза 5) не применяется в анестезиологии		ГИА	ПК-12
7.	КАКОЙ СПОСОБ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ НАДЕЖНЫМ? 1) интубация трахеи 2) установка s-образного воздуховода 3) ларингеальная маска 4) лицевая маска 5) тройной прием сафара	1	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-7, ПК-12

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>Мужчина в возрасте 86 лет был госпитализирован по поводу опухоли нижней доли левого лёгкого. Планировалось произвести ему бронхоскопию и сразу же после неё - лобэктомия. Бронхоскопия жёстким бронхоскопом под общим наркозом прошла без осложнений, больного положили на правый бок и приступили к операции лобэктомии. Через 25 мин после разреза кожи перестало определяться артериальное давление. –</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Что за состояние развилось у данного больного?</p> <p>2. Ваши действия в этой ситуации?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1: У данного больного возникла остановка сердца.</p> <p>2: Здесь показан комплекс мероприятий, называемый сердечно-лёгочной реанимацией. Сюда входят: закрытый массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей или при уже проводимой ИВЛ – вентиляция 100% кислородом, ранняя дефибриляция, применение лекарственных средств (адреналин, лидокаин, атропин и др. по показаниям) через пунктированную центральную вену или при невозможности пункции её – через интубационную трубку непосредственно в лёгкие. Открытый массаж сердца может проводиться в особых, чётко</p>	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-7, ПК-12

		оговоренных ситуациях: при вскрытой грудной клетке при травме или во время операции, тампонаде сердца, раздавливании и флоттировании грудной клетки при травме, деформациях грудной клетки, выраженной эмфиземе, фибрилляции желудочков, не купируемой другими методами лечения, разрыве аневризмы аорты		
002	Молодой женщине планируется проведение экстренного кесарева сечения по поводу преэклампсии. Соматически здорова. Вопросы: 1. Какой вид анестезии предпочтителен в данной ситуации? 2. Почему? 3. Какой вид анестезии можно было бы провести, если бы не было преэклампсии?	Ответы: 1: Эндотрахеальный наркоз 2: Нестабильность витальных функций является противопоказанием для регионарной анестезии. 3: Спинальная или эпидуральная анестезия.	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-7, ПК-12
003	В приемное отделение поступил больной А. с диагнозом: падение с высоты, сочетанная травма, ЗЧМТ, ушиб головного мозга, правосторонний гемопневмоторакс, разрыв селезенки, перелом таза с нарушением целостности тазового кольца. Больной в сопоре, имеются явления шока. Больному планируется оперативное лечение по жизненным показаниям. Вопросы: 1. Что необходимо сделать врачу-реаниматологу на этапе приемного отделения? 2. Какой вид анестезии провести этому больному? 3. Нужны ли в данном случае компоненты крови и СЗП?	Ответы: 1: Произвести интубацию трахеи и катетеризацию центральной вены и мочевого пузыря. Начать противошоковую терапию. 2: Эндотрахеальный наркоз. 3: Да, компоненты крови и СЗП нужны, т.к., учитывая тяжесть травмы, больному потребуется коррекция кислородтранспортной функции крови	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-7, ПК-12

12. Трансфузиология

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>МЕТОД АУТОТРАНСФУЗИИ В КЛИНИКЕ ВПЕРВЫЕ ПРИМЕНИЛ</p> <p>1) В.Н.Шамов, 1919 г. 2) Грант, 1912 г 3) С.Д.Дошоянц, 1934 г. 4) А.Н.Филатовым, 1928 г. 5) Н.Н.Еланский, 1921 г</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9
2.	<p>ДОНОРЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ</p> <p>1) активные доноры и доноры резерва. 2) активные доноры и доноры-родственники. 3) активные доноры, доноры резерва, доноры-родственники и доноры контракта. 4) доноры резерва и доноры-родственники. 5) доноры резерва и доноры контракта.</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9
3.	<p>АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ДОНОРСТВУ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) вирусный гепатит с энтеральным механизмом передачи в анамнезе. 2) вирусный гепатит независимо от давности заболевания. 3) перенесенные операции по удалению и резекции жизненно важных органов. 4) наркомания, алкоголизм. 5) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нефрит, туберкулез. 6) все вышеперечисленное</p>	6	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9
4.	<p>ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ РОДОВ ЖЕНЩИНЕ РАЗРЕШАЕТСЯ БЫТЬ ДОНОРОМ</p> <p>1) 3 мес. 2) 6 мес. 3) 1 год. 4) 1,5 года 5) 2 года</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

5.	ПРИ КАКОЙ КРОВОПОТЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ЗАДАЧЕЙ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛИЗАЦИЯ ГАЗОТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ 1) до 10% оцк. 2) более 10% оцк. 3) более 20% оцк. 4) более 30% оцк. 5) более 40% оцк.	5	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9
6.	ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППОВОЙ СОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ НЕОБЯЗАТЕЛЬНО СОБЛЮДАТЬ УСЛОВИЯ 1) температура 2) кровь для исследования берется натощак 3) использование негемолизированной крови 4) покачивание плоскости, на которой ведется исследование 5) соотношение капель крови и следуемой сыворотки	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9
7.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К АНТИГЕНАМ 1) системы аво 2) системы резус 3) м, даффи, келл 4) системы se-se 5) все перечисленное	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	Четыре месяца назад перелита кровь и плазма. У больного недомогание, желтушность покровов, кал белый, увеличена печень. Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Возможна ли связь болезни с трансфузией?	Ответы: 1. Диагноз: вирусный гепатит дифференцировать с калькулезным холециститом 2. Болезнь не связана с трансфузией	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9,

	<p>3. Как это проверить?</p> <p>4. Нужно ли проводить инструментальные или аппаратные методы обследования?</p>	<p>3. Провести следующие лабораторные исследования: 1) кровь на маркеры вирусных гепатитов; 2) общий развернутый анализ крови; билирубин крови с фракциями; уровень печеночных ферментов в плазме крови (АСТ, АЛТ, ЩФ); уровень фибриногена и протромбиновый комплекс</p> <p>4. Провести УЗИ печени, фиброгастро-дуоденоскопию</p>		
002	<p>Женщина, 42 лет. Работает хореографом. Длительное время (более 1,5 мес) с целью похудения придерживается низкокалорийной диеты и принимает более месяца салуретики с этой же целью. Жалуется на тревожное состояние, дрожь в конечностях, общее недомогание. При осмотре: пониженного питания - рост 168 см, вес 42 кг; сознание ясное, эмоционально возбуждена, кожа и слизистые - сухие, тургор кожи снижен. АД - физиологическая норма, ЧСС 88 уд в минуту. Сухожильные рефлексы резко усилены. Пальценосовую пробу выполнить не может из-за резкого тремора верхних конечностей. В лабораторных анализах обращает на себя внимание в сыворотке крови Mg -0,6 ммоль/л, Са - нижняя граница нормы:</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какие электролитные нарушения развились у больной?</p> <p>2. Причины развития электролитных нарушений?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. У больной развилась гипомагниемия</p> <p>2. Длительное голодание и длительный прием салуретиков</p> <p>3. Магний регулирует функцию нервной системы и мышечной ткани (обеспечивает расслабление скелетной мускулатуры и снижает тонус синусового узла проводящей системы сердца)</p> <p>4. 1% магния (0,9 ммоль/л) содержится в сыворотке крови</p> <p>5. Внутривенное введение 25% раствора сульфата магния 5-10 мл в сочетании с кальцием</p>	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9</p>

	<p>3. Функцию каких систем и тканей регулирует данный электролит?</p> <p>4. Какой процент данного элемента содержится в сыворотке крови?</p> <p>5. Лечение данного состояния?</p>			
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

13. Урология

Коды формируемых компетенций: ПК-2, ПК-5

Тесты

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕФРОПТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ: 1) непостоянные боли в поясничной области 2) гидронефротическая трансформация 3) редкие кризы Дитла 4) редкие обострения хронического пиелонефрита 5) абсолютных показаний к нефропексии нет	2	ВК ТК ГИА	ПК-2 , ПК-5
2.	В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИГРАЮТ РОЛЬ 1) хронические очаги инфекции 2) условия труда 3) общее состояние организма 4) ранее перенесенные болезни 5) инфекции, передаваемые половым путем	5	ВК ТК ГИА	ПК-2 , ПК-5
3.	ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1) несоблюдение личной гигиены во время беременности 2) несоблюдение диеты, режима труда и отдыха во время беременности 3) понижение реактивности организма 4) инфицированность половых путей до беременности 5) инфицированность мочевых путей до беременности	5	ВК ТК ГИА	ПК-2 , ПК-5
4.	ПРИ ВНЕБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ РЕНТГЕНОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) ретроградная цистография 2) ретроградная цистография	1	ВК ТК ГИА	ПК-5

	3) цистоскопия 4) пневмоцистография 5) обзорная урография			
5.	ЕДИНСТВЕННЫМ ВАРИАНТОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА И МОЧЕВОЙ ФЛЕГМОНЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) анастомоз мочеточника «конец-в-конец» 2) уретрокутанеостомия 3) нефростомия 4) широкое дренирование парауретеральной клетчатки 5) нефростомия в сочетании с широким дренированием парауретеральной и паравезикальной клетчатки	5	ВК ТК ГИА	ПК-5

Ситуационные задачи

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
001	Больная 25 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на боли в подвздошно-паховой и поясничной областях слева, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,0°С с познанием, слабость и потливость. Два дня как беспокоят указанные симптомы. Анамнез: с детства ежегодно при обострении хронического цистита курсами получала соответствующее лечение. На протяжении этого года при появлении клиники цистита наблюдается и повышение артериального давления. Объективно: состояние больной средней тяжести, кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, пульс 90 уд./мин, АД- 160/100см. рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный в левой	<p>Ответ 1: Острый серозный восходящий левосторонний пиелонефрит, обострение хронического рецидивирующего цистита, нефрогенная паренхиматозная артериальная гипертензия на фоне хронического левостороннего пиелонефрита, возможно и нефросклероза</p> <p>Ответ 2: Биохимический анализ кров: уровень креатинина, азота мочевины, калия; посев мочи на ВК; УЗИ почек, мочевых путей; МСКТ с контрастированием; обзорная, экскреторная урография, нисходящая цистография.</p>	ВК ТК ГИА	ПК-2 , ПК-5

	<p>подвздошно-паховой и поясничной областях, где отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. ОАК: НВ 90 г/л; Л - 12, 8x10⁹/л, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 46 мм/час. Рентгенологически теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено.</p> <p>1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Какие заболевания органов мочеполовой системы требуют проведения дифференциальной диагностики. 5. Лечебная тактика</p>	<p>Ответ 3: Клиническая картина обусловлена отсутствием как своевременной диагностики восходящего левостороннего (рефлюксогенного) пиелонефрита, развившегося на фоне часто рецидивирующего цистита, так и проведения адекватного лечения этих заболеваний</p> <p>Ответ 4: Врожденный нейрогенный мочевой пузырь, осложненный вторичным циститом; пузырно-мочеточниковый рефлюкс с развитием нефропатии и нефросклероза; нефротуберкулез</p> <p>Ответ 5: Лечение в урологическом отделении: при отсутствии нарушений уродинамики - консервативная терапия (антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия, лечение спазмолитиками, анальгетиками).</p>		
002	<p>Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 38⁰С с ознобом. При пальпации определяется болезненность в области правого подреберья. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме в проекции правой почки визуализируется тень, подозрительная на конкремент 1,5 x 1,4 см в d. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний</p>	<p>Ответ 1: Клиническая картина характерна для камня правой почки. Предварительный диагноз: Камень правой почки</p> <p>Ответ 2: Для уточнения диагноза необходимо проведения УЗИ почек.</p> <p>Ответ 3: МСКТ почек</p> <p>Ответ 4: Расширение полостной системы</p>	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5

	<p>гидронефроз, мочеточник четко не виден. Выявленная тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не обнаружено.</p> <p>1. Предварительный диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.</p> <p>3. Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.</p> <p>4. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания</p>	<p>правой почки</p> <p>Ответ 5: Здоровый образ жизни. Отказ от вредных привычек</p>		
003	<p>Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Болен около года. При ректальном обследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменистой плотности.</p> <p>1. Предварительный диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.</p> <p>3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.</p> <p>4. От чего зависит выбор метода лечения больного. Поясните.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике</p>	<p>Ответ 1: Рак простаты</p> <p>Ответ 2: Для уточнения диагноза необходимо ТРУЗИ, определение уровня ПСА</p> <p>Ответ 3: Биопсия простаты</p> <p>Ответ 4: От стадии заболевания. При стадии 1-2 стадии – радикальная простатэктомия, при 3-4 стадии – орхэктомия, гормонотерапия, лучевая, химиотерапия</p> <p>Ответ 5: Здоровый образ жизни, наблюдение уролога</p>	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-5</p>

14. Организация лекарственного обеспечения населения РФ

Коды формируемых компетенций: ПК-10

Тесты

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	<p>ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМАЯ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ОПТОВОЙ ТОРГОВЛИ И АПТЕЧНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ ОПТОВУЮ И РОЗНИЧНУЮ ТОРГОВЛЮ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ, ИЗГОТОВЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) систему здравоохранения 2) лекарственную, или фармацевтическую помощь 3) предмет управления и экономики фармации как науки 4) охрану здоровья граждан 5) фармацевтическую деятельность</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-10
2.	<p>СОВОКУПНОСТЬ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, КОТОРЫЕ СОДЕЙСТВУЮТ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И ПРОВОДЯТСЯ НА ДОМУ, В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ, НА РАБОЧИХ МЕСТАХ, В ОБЩИНАХ, В ФИЗИЧЕСКОМ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМ ОКРУЖЕНИИ, А ТАКЖЕ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СВЯЗАННЫХ С НИМ СЕКТОРАХ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>1) систему здравоохранения 2) лекарственную, или фармацевтическую помощь 3) предмет управления и экономики фармации как науки 4) охрану здоровья граждан 5) фармацевтическую деятельность</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-10

3.	<p>СУБЪЕКТЫ ОБРАЩЕНИЯ ЛС, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ХОЗЯЙСТВЕННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ НИМИ И ВНЕШНЕЙ СРЕДОЙ, А ТАКЖЕ ОБЪЕКТЫ, ЯВЛЕНИЯ И ПРОЦЕССЫ, СОСТАВЛЯЮЩИЕ ОСНОВУ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>1) систему здравоохранения 2) лекарственную, или фармацевтическую помощь 3) предмет управления и экономики фармации как науки 4) охрану здоровья граждан 5) фармацевтическую деятельность</p>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-10
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--------------------------	-------

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>Осуществить выписку препарата по предложенной прописи: Rp.: Tabl. «Bellataminalum» N. 50 D. S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день после еды</p>	<p>Ответ 1: 1. Выписан рецепт на комбинированный ЛП, содержащий фенобарбитал в количестве до 20 мг включительно в сочетании с эрготамином гидротартратом независимо от количества (на 1 дозу твердой лекарственной формы) 2. В соответствии с пунктом 4 приказа Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2012 г. N 562н данный лекарственный препарат должен быть выписан на рецептурном бланке формы No 107-1/у 3. Необходимыми основными реквизитами рецептурного бланка формы No 107-1/у являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Штамп медицинской организации (с указанием ее наименования, адреса и 	ТК	ПК-10

		<p>телефона) • Отметка категории пациента (детский, взрослый), его возраст (кол-во полных лет) • Дата выписки рецепта • Ф.И.О. пациента(полностью) • Ф.И.О. медицинского работника (полностью) • Личная печать медицинского работника • Подпись медицинского работника • Срок действия рецепта 4. ПДК и РК для выписывания на один рецепт для данного ЛП не установлены. 5. Рецепт действителен в течение 2 месяцев</p>		
002	<p>Осуществить выписку препарата бесплатно по предложенной прописи: Rp.: Tabl.Metformini 0,85 D. t. d. N. 60 S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день</p>	<p>1. Выписан рецепт на лекарственный препарат, отпускаемый бесплатно. 2. Данный препарат должен быть выписан врачом на рецептурном бланке формы No 148-1/у-04 (л) или 148-1/у-06 (л). Рецептурный бланк выписывается в 3-х экземплярах, имеющих единую серию и номер. 3. Необходимыми основными (обязательными) реквизитами являются: 1) штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона; 2) отметка категории пациента (детский, взрослый); 3) дата выписки рецепта; 4) ФИО (полностью) пациента, дата рождения. 5) фамилия и инициалы врача; 6) личная печать врача; 7) личная подпись врача; 8) срок действия рецепта. Дополнительными реквизитами являются: 1) серия и индивидуальный номер; 2) печать</p>	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-10</p>

		<p>медицинской организации «Для рецептов»; 3) код медицинской организации; 4) код категории граждан; 5) код нозологической формы заболевания по МКБ - 10; 6) источник финансирования; 7) процент оплаты; 8) СНИЛС; 9) № страхового медицинского полиса ОМС; 10) адрес или номер медицинской карты амбулаторного больного(истории развития ребенка); 11) код врача; 12) штрих-код (для формы 148-1/у-06 (л))</p> <p>4.Количество выписанных в рецепте лекарственных средств не ограничено предельно допустимым количеством для выписывания на один рецепт. 5. Срок действия рецепта 1 месяц. (В случае выписки такого рецепта для получения лекарственного препарата для амбулаторного лечения граждан в рамках оказания государственной социальной помощи и граждан, имеющих право на получение лекарственных препаратов бесплатно и со скидкой, которые достигли пенсионного возраста, срок действия рецепта составляет 3 месяца со дня выписки)</p>		
003	<p>Осуществить выписку препарата бесплатно по предложенной прописи: Rp.: Tabl.Phenobarbitali 0,1 D.t.d. N. 30 S. Внутрь по 1 таблетке на ночь</p>	<p>1) Выписан рецепт на психотропный лекарственный препарат списка III –фенобарбитал в таблетках. Данный препарат в соответствии с действующими правилами должен быть выписан врачом на рецептурном бланке формы N 148-1/у-88, что и имеет место.</p> <p>2) Необходимыми</p>	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-10</p>

		<p>основными (обязательными) реквизитами являются штамп ЛПУ, дата выписки рецепта, фамилия, имя, отчество пациента и его возраст, фамилия, имя, отчество врача; наименование и количество ЛС; подробный способ применения, подпись и личная печать врача, срок действительности рецепта. Дополнительными реквизитами являются серия и номер рецепта, адрес или номер амбулаторной карты пациента, печать медицинской организации «Для рецептов», ФИО врача и пациента указываются полностью. Все необходимые основные и дополнительные реквизиты имеются.</p> <p>3) Предельно допустимое кол-во фенобарбитала для выписывания на один рецепт составляет 30 таблеток, следовательно, норма отпуска по одному рецепту для выписанного ЛС не превышена.</p> <p>4) Срок действия рецепта 10 дней, согласно выписке, не истек.</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

15. Современные технологии управления в здравоохранении

Коды формируемых компетенций: ПК-10

Тесты

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	<p>АВТОРИТЕТ РУКОВОДИТЕЛЯ ЗАВИСИТ:</p> <p>1) только от должностного статуса 2) от должностного статуса и завоеванного им самим престижа среди подчиненных 3) только от завоеванного самим руководителем престижа среди подчиненных 4) от связей руководителя</p>	2	ВК	ПК-10
2.	<p>ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ - ЭТО:</p> <p>1) все то, что человек считает для себя ценным 2) сопоставление между реальными и ожидаемыми результатами 3) отсутствие уверенности в себе 4) боязнь критики за совершенную ошибку</p>	1	ТК	ПК-10
3.	<p>ВРЕМЕННОЙ ПРИНЦИП ЭЙЗЕНХАУЭРА РАСПРЕДЕЛЯЕТ ЗАДАЧИ ПОПРИОРИТЕТНОСТИ НА 4 ГРУППЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ:</p> <p>1) важности и доступности ресурсов 2) срочности выполнения и доступности ресурсов 3) важности и срочности выполнения 4) важности, срочности выполнения и доступности ресурсов</p>	3	ТК ВК	ПК-10
4.	<p>ТЕОРИЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ" ОБЪЯСНЯЕТ МОТИВАЦИЮ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:</p> <p>1) люди должны вознаграждаться по затраченному труду 2) люди должны вознаграждаться по результату труда 3) люди субъективно оценивают справедливость вознаграждения за затраченные ими усилия и сопоставляют его с вознаграждением других людей 4) справедливо всё, что делает</p>	3	ВК ТК	ПК-10

	руководитель			
5.	АВТОРИТЕТ - ЭТО 1) власть, возникшая на формальной основе как данная кому-то и принимаемая другими как то, с чем они согласны и считают правильным 2) побуждение других к достижению целей организации 3) передача задач и полномочий лицу или группе, которые принимают на себя ответственность за их выполнение 4) способность эффективно использовать все имеющиеся источники власти	1	ВК ТК	ПК-10

Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Ставить цели в соответствии с критериями SMART	ТК	ПК-10
2.	Составлять организационно-управленческую структуру организации	ТК	ПК-10
3.	Навыками делегирования полномочий	ТК	ПК-10
4.	Использовать различные стили управления	ТК	ПК-10
5.	Мотивировать персонал на достижение результатов	ТК	ПК-10
6.	Навыками самомотивации	ТК	ПК-10
7.	Выявлять потребность в изменениях в организации	ТК	ПК-10
8.	Методиками преодоления сопротивления изменениям	ТК	ПК-10
9.	Использовать методологию проведения STEP-анализа	ТК	ПК-10
10.	Использовать модель пяти конкурентных сил М. Портера	ТК	ПК-10

16. Финансовая культура и грамотность

Коды формируемых компетенций: ПК-9

Тесты

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	<p>ПРЕДСТАВЬТЕ, ЧТО В ПРЕДСТОЯЩИЕ 5 ЛЕТ ЦЕНЫ НА ТОВАРЫ И УСЛУГИ, КОТОРЫЕ ВЫ ОБЫЧНО ПОКУПАЕТЕ, УВЕЛИЧАТСЯ ВДВОЕ. ЕСЛИ ВАШ ДОХОД ТОЖЕ УВЕЛИЧИТСЯ ВДВОЕ, ВЫ СМОЖЕТЕ КУПИТЬ МЕНЬШЕ, БОЛЬШЕ ИЛИ СТОЛЬКО ЖЕ ТОВАРОВ И УСЛУГ КАК И СЕГОДНЯ?</p> <p>1) столько же 2) неплатежеспособность 3) меньше 4) больше</p>	3	ВК ТК	ПК-9
2.	<p>ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЛОСЬ БЫ ПОДТАЛКИВАНИЕМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ АРХИТЕКТУРЫ ВЫБОРА?</p> <p>1) запрет микрофинансовым организациям выдавать займы на условиях, отличающихся от условий выдачи банковских кредитов. 2) обязательная надпись на договорах получения микрозаймов «ваша просроченная задолженность будет передана для взыскания коллекторам». 3) переименование микрофинансовых организаций в организации микрофинансирования 4) обязательное страхование получателей микрозаймов от невыплаты задолженности.</p>	2	ВК ТК	ПК-9
3.	<p>ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ НА РАБОТЕ В ВИДЕ ЗАРПЛАТЫ НА РУКИ 50 ТЫСЯЧ РУБЛЕЙ В МЕСЯЦ. ПРИЯТЕЛЬ ПРЕДЛОЖИЛ НЕБОЛЬШУЮ ПОДРАБОТКУ НА СВОЕЙ ФИРМЕ, ПООБЕЩАВ ЗАПЛАТИТЬ 30 ТЫСЯЧ РУБЛЕЙ.</p>	1	ВК ТК	ПК-9

	<p>КАКИЕ НАЛОГИ ВАМ БУДЕТ НЕОБХОДИМО В СВЯЗИ С ЭТИМ ДОПЛАТИТЬ?</p> <p>1) никаких. в России со всех доходов такого рода взимается налог в 13%, который платится работодателем</p> <p>2) если суммарный доход за год превысит 500 тысяч рублей, то необходимо сообщить об этом по основному месту работы и заплатить с превышения налог в размере 20%</p> <p>3) в конце года нужно будет подать декларацию в налоговую инспекцию и, если суммарный доход за год превысит 1 миллион рублей, то доплатить 20% на размер превышения</p> <p>4) в конце года нужно будет подать декларацию в налоговую инспекцию и, если суммарный доход за год превысит 1,5 миллиона рублей, то доплатить 30% на размер превышения</p>			
4.	<p>ПРОХОДЯ МИМО СПОРТИВНОГО МАГАЗИНА, СТУДЕНТ НИКОЛАЙ УВИДЕЛ ВЕЛОСИПЕД МЕЧТЫ И «ВСЕГО» ЗА 11900 РУБЛЕЙ. А РЯДОМ БЫЛ БАНК, КОТОРЫЙ ОБЕЩАЛ 10% ГОДОВЫХ ПО ДЕПОЗИТАМ. СТИПЕНДИЯ НИКОЛАЯ 3000 РУБЛЕЙ В МЕСЯЦ. ОН РЕШИЛ, ЧТО ЕСЛИ ОТКЛАДЫВАТЬ 10 ПРОЦЕНТОВ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ДОХОДА, А В КОНЦЕ ГОДА КЛАСТЬ ИХ В БАНК, ТО ЧЕРЕЗ ТРИ ГОДА МЕЧТА ИСПОЛНИТСЯ. ПРАВ ЛИ В СВОИХ РАСЧЕТАХ СТУДЕНТ?</p> <p>1) расчет верный. если в конце года получаемую сумму реинвестировать, то накопления составят 11916 рублей</p> <p>2) расчет неверный. не учтена инфляция, поэтому велика вероятность, что велосипед подорожает и накоплений не хватит</p> <p>3) расчет неверный. с получаемых процентов придется заплатить налог, и поэтому сумма на счету будет гораздо меньше</p> <p>4) расчет неверный. начисленные проценты по депозиту невозможно будет снять</p>	2	ВК ТК	ПК-9

5.	<p>ДОПУСТИМ, ВЫ АРЕНДОВАЛИ БАНКЕТНЫЙ ЗАЛ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ПРАЗДНИКА, ПОДПИСАЛИ ДОГОВОР И ВНЕСЛИ ДЕНЬГИ ЗА АРЕНДУ. ЧЕРЕЗ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ (ЗА НЕСКОЛЬКО МЕСЯЦЕВ ДО ПРАЗДНИКА) ВЫ ОБНАРУЖИЛИ БОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ ДЛЯ ВАС ЗАЛ, КОТОРЫЙ ВЫ ЗАХОТЕЛИ АРЕНДОВАТЬ. ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ ПРАВО НА ВОЗВРАТ ДЕНЕГ ПО УЖЕ ЗАКЛЮЧЕННОМУ ДОГОВОРУ АРЕНДЫ ЗАЛА?</p> <p>1) нет, ни при каких обстоятельствах. 2) да, но с выплатой неустойки (штрафа) за досрочное прекращение договора не по вине продавца. 3) да, но за вычетом фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по заключенному договору. 4) да, в полном объеме</p>	3	ВК ТК	ПК-9
6.	<p>ЧТОБЫ ИМЕТЬ ПРАВО НА ТРУДОВУЮ ПЕНСИЮ ПО СТАРОСТИ... РАБОТНИК ДОЛЖЕН ЗАКЛЮЧИТЬ ДОГОВОР С РАБОТОДАТЕЛЕМ И ПРОКОНТРОЛИРОВАТЬ, ЧТО РАБОТОДАТЕЛЬ ОТЧИСЛЯЕТ СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ С ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ РАБОТНИКА.</p> <p>1) работник должен заключить договор с работодателем и проконтролировать, что работодатель отчисляет страховые взносы с заработной платы работника. 2) работник должен сам зарегистрироваться в пенсионном фонде рф. 3) работник должен ежемесячно перечислять страховые взносы в федеральную налоговую службу. 4) подать заявление о назначении пенсии</p>	1	ВК ТК	ПК-9
7.	<p>НАЛОГ НА ВАШ АВТОМОБИЛЬ ГОД НАЗАД СОСТАВЛЯЛ 10 ТЫСЯЧ РУБЛЕЙ. ИНФЛЯЦИЯ ЗА ГОД СОСТАВИЛА 10 %. КАК</p>	3	ВК ТК	ПК-9

	<p>ИЗМЕНИТСЯ НАЛОГ (ИЗМЕНЕНИЙ ВСИСТЕМЕ НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ ИМУЩЕСТВА ЗА ГОД НЕ ПРОИЗОШЛО)?</p> <p>1) должен вырасти на величину инфляции 2) должен упасть, так как автомобиль с каждым годом теряет в цене 3) не должен измениться, так как налог не зависит от цены автомобиля 4) должен вырасти на величину индекса роста потребительских цен</p>			
8.	<p>ЗА ГОД ВАША ЗАРПЛАТА ВЫРОСЛА НА 5 ПРОЦЕНТОВ. ИНФЛЯЦИЯ ЗА ЭТОТ ЖЕГОД СОСТАВИЛА 10 ПРОЦЕНТОВ. КАК ИЗМЕНИЛСЯ ВАШ ДОХОД В РЕАЛЬНОМВЫРАЖЕНИИ</p> <p>1) он вырос на 5% 2) он упал на 5% 3) он упал на 10% 4) он вырос на 10%</p>	2	ВК ТК	ПК-9
9.	<p>ИНВЕСТИЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ, КОТОРАЯ ПОЛНЕЕ УЧИТЫВАЕТ БУДУЩЕЕ</p> <p>1) вложить все средства в тайландские баты. 2) вложить все средства в американские доллары 3) вложить половину средств в британские фунты стерлингов, половину в тайландские баты. 4) вложить все средства в британские фунты стерлингов.</p>	3	ВК ТК	ПК-9
10.	<p>НАЧИНАЯ ОТ КАКОЙ СУММЫ ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ДОХОДОВ ИМЕЕТ СМЫСЛОТКЛАДЫВАТЬ ЧАСТЬ ДОХОДОВ В КАЧЕСТВЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДУШКИБЕЗОПАСНОСТИ?</p> <p>1) от 50 000 рублей в месяц. 2) от 100 000 рублей в месяц. 3) это правильно делать при любой сумме доходов. 4) это правильно делать при любой сумме доходов, если они превышают расходы на текущее потребление более чем на 10 000 рублей в месяц</p>	3	ВК ТК	ПК-9

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	Вам предлагают на выбор работу в двух регионах. Все условия выглядят для вас одинаково, кроме инфляции и гарантированной ежегодной прибавки к зарплате. В первом регионе ежегодная инфляция составляет 8 % годовых, а ежегодное повышение зарплаты - 10 %. Во втором ежегодная инфляция составляет 2 % годовых, а ежегодное повышение зарплаты - 6 %. Рассчитайте, какой регион предпочтительнее для переезда с экономической точки зрения?	Второй регион выгоднее с экономической точки, так как темп прироста реального дохода выше во втором варианте (рассчитывается: темп прироста РДД = прирост заработной платы / прирост инфляции)	ВК ТК	ПК-9
002	Начислить оплату дней нетрудоспособности по больничному листу с 01.02.18 - 10.02.18 при условии: Работник работает у одного работодателя без перерыва в работе. Заработок работника за 2017 год, рублей 250 000 Заработок работника за 2016 год, рублей 300 000 Страховой стаж работника 6 лет	сумма начислений по «больничному листу» - 6 027,36 рублей	ВК ТК	ПК-9
003	Рассчитайте сумму остатка личных средств при условии, что на вашем сберегательном банковском счете лежит 100 000 рублей и банк ежегодно начисляет 10%на остаток по счету. Сколько денег будет на вашем счете через 2 года если все это время вы не будете снимать деньги со счета?	121000 рублей	ВК ТК	ПК-9
004	Гражданину А. в прошлом году была сделана операция на сердце, стоимостью 300 тысяч рублей, включенная в утвержденный Правительством РФ перечень медуслуг и отнесенная к числу дорогостоящих. Кроме того, А.	1: 420000 рублей 2: 54600 рублей	ВК ТК	ПК-9

	<p>оплачивал в течении года лечение ребенка, потратив на это 50 тысяч рублей и его обучение в вузе стоимостью 200 тысяч рублей в год. (Все необходимые подтверждающие документы имеются). Заработная плата А. составляет 100 тысяч рублей в месяц.1) Рассчитайте общую сумму вычета из налоговой базы по НДФЛ2) Какую сумму понесенных расходов можно возместить с помощью механизма налогового вычета?</p>			
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

17. Топографическая анатомия и оперативная хирургия

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9

Тесты

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	<p>ПРЕТРАХЕАЛЬНОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ШЕИ СВЯЗАНО НЕПОСРЕДСТВЕННО С КЛЕТЧАТКОЙ</p> <p>1) надгрудинного межапоневротического пространства 2) переднего средостения 3) заднего средостения 4) позадипищеводной 5) заглоточной</p>	2	ВК ТК	ПК-1 , ПК-2 , ПК-6 , ПК-9
2.	<p>ВАГОСИМПАТИЧЕСКАЯ НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА ПО ВИШИ-НЕВСКОМУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ТРАВМЕ ОБЛАСТИ</p> <p>1) восходящая артерия шеи 2) внутренняя яремная вена 3) передняя лестничная мышца 4) щито-шейный артериальный ствол 5) плечевое сплетение</p>	3	ВК ТК	ПК-1 , ПК-2 , ПК-6 , ПК-9
3.	<p>ЛОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ КАНЮЛИ ЛЮЕРА В ТРАХЕЮ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ТРАХЕОСТОМИИ ВЕРОЯТНО ПРИВЕДЕТ К</p> <p>1) профузному кровотечению в бронхиальное дерево 2) пролежню колец трахеи 3) усилению асфиксии 4) ранению голосовых связок 5) подкожной эмфиземе</p>	3	ВК ТК	ПК-1 , ПК-2 , ПК-6 , ПК-9

Ситуационные задачи

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>

001	<p>У больного рак корня языка. Во время радикальной операции началось сильное артериальное кровотечение в ране, которое было решено остановить перевязкой артерии на протяжении</p> <p>1) Какую артерию необходимо перевязать?</p> <p>2) В каком треугольнике шеи можно обнажить и перевязать данную артерию?</p> <p>3) Назовите границы этого треугольника.</p> <p>4) В каком направлении следует выполнять разрез?</p> <p>5) Какие слои тканей необходимо рассечь?</p>	<p>Ответ 1: Язычную артерию.</p> <p>Ответ 2: Язычную артерию можно обнажить и перевязать в пределах треугольника Пирогова.</p> <p>Ответ 3: Границы треугольника Пирогова: сухожилия двубрюшной мышцы и подъязычный нерв.</p> <p>Ответ 4: Следует рассечь мягкие ткани в поперечном направлении на середине расстояния между нижним краем нижней челюсти и большим рожком подъязычной кости.</p> <p>Ответ 5: Нужно отвести двубрюшную мышцу книзу, подъязычный нерв кверху, разъединить волокна челюстноподъязычной мышцы, обнажить и перевязать язычную артерию</p>	ВК ТК	ПК-1 , ПК-2 , ПК-6 , ПК-9
002	<p>В результате автодорожной аварии у пострадавшего образовалась рваная рана боковой области лица слева. На рентгенограмме черепа - оскольчатый перелом ветви нижней челюсти на уровне шейки суставного отростка. При ревизии раны и удалении свободных костных отломков из ее глубины началось сильное кровотечение</p> <p>1) Какие сосуды могли быть повреждены отломком кости?</p> <p>2) Назовите границы глубокого отдела околоушно-жевательной области.</p>	<p>Ответ 1: Верхнечелюстная артерия и/или ее ветви (нижняя альвеолярная, средняя менингеальная артерии).</p> <p>Ответ 2: Глубокий отдел околоушно-жевательной области (глубокая область лица) ограничен: снаружи – ветвью нижней челюсти и внутренней поверхностью жевательной мышцы; спереди – бугром верхней челюсти; медиально – боковой поверхностью глотки; сверху – частью наружного основания</p>	ВК ТК	ПК-1 , ПК-2 , ПК-6 , ПК-9

	<p>3) Назовите границы и перечислите содержимое височно-крыловидного пространства.</p> <p>4) Назовите границы и перечислите содержимое межкрыловидного пространства.</p> <p>5) Что необходимо сделать хирургу для остановки кровотечения?</p>	<p>череп, соответствующего средней черепной ямке.</p> <p>Ответ 3: Височно-крыловидное пространство располагается между внутренней поверхностью нижней половины височной мышцы и латеральной крыловидной мышцей; содержит преимущественно сосуды (верхнечелюстную артерию и венозное крыловидное сплетение).</p> <p>Ответ 4: Межкрыловидное пространство располагается между латеральной и медиальной крыловидными мышцами; содержит преимущественно нервы (нижнечелюстной, щечный, нижний альвеолярный, язычный, ушно-височный).</p> <p>Ответ 5: Лигировать сосуд в ране. При невозможности лигирования поврежденного сосуда в ране следует перевязать наружную сонную артерию, выполнив к ней доступ на шее.</p>		
003	<p>В приемное отделение стационара поступил пациент, после диагностики которому был поставлен диагноз «Острый аппендицит», и больной поступил в хирургическое отделение для лечения. Лечащим врачом больному был выбран хирургический метод лечения, и предложена операция</p>	<p>Ответ 1: Больному предложена операция – аппендэктомия</p> <p>Ответ 2: Косой разрез между наружной и средней третями линии, соединяющей передне-верхнюю подвздошную ость с пупочным кольцом. 1/3 перпендикулярного</p>	ВК ТК	ПК-1 , ПК-2 , ПК-6 , ПК-9

	<p>1) Укажите вид операции, предложенной больному.</p> <p>2) Укажите технику выполнения доступа по Волковичу-Дьяконову.</p> <p>3) Назовите послойную топографию раны при указанном виде разреза.</p> <p>4) Назовите варианты расположения червеобразного отростка.</p> <p>5) Назовите шов, накладываемый на культю червеобразного отростка.</p>	<p>разреза – выше этой линии, 2/3 – ниже.</p> <p>Ответ 3: Послойная топография раны: кожа, ПЖК, поверхностная фасция (2 листка), собственная фасция, наружная косая мышца живота, внутренняя косая мышца живота, поперечная мышца живота, поперечная фасция, предбрюшинная клетчатка, париетальная брюшина, брюшинная полость, висцеральная брюшина, брюшная полость.</p> <p>Ответ 4: Возможны следующие положения червеобразного отростка в брюшной полости: а) тазовое, или нисходящее положение аппендикса, — отросток направлен вниз, в полость малого таза; б) медиальное положение аппендикса — отросток лежит параллельно подвздошной кишке; в) латеральное положение аппендикса — отросток находится в правой боковой околоободочной борозде (канале); г) переднее положение аппендикса — отросток лежит на передней поверхности слепой кишки; д) восходящее, или подпеченочное положение аппендикса, — отросток направлен верхушкой вверх, нередко до подпеченочного углубления; е) ретроцекальное положение аппендикса — отросток находится</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>позади слепой кишки.</p> <p>Ответ 5: В месте соединения аппендикса со слепой кишкой (основание червеобразного отростка) на слепую кишку накладывают кисетный шов и отсекают отросток с погружением образовавшейся культи в просвет слепой кишки, фиксируя это погружение затягиванием кисетного шва и наложением после этого дополнительного, Z - образного шва.</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

18. Травматология и ортопедия

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-11, ПК-12

Тесты

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	<p>ПРОТЯЖЕННОСТЬ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИАФИЗА ГОЛЕНИ:</p> <p>1) от коленного сустава до пальцев стопы</p> <p>2) от верхней трети голени до голеностопного сустава</p> <p>3) от верхней трети бедра до голеностопного сустава;</p> <p>4) от верхней трети бедра до основания пальцев стопы</p> <p>5) от коленного сустава до голеностопного сустава</p>	4	ВК ТК	
2.	<p>ПРИ ПРЯМОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМ НИКОГДА НЕ ВОЗНИКАЮТ:</p> <p>1) ушибы</p> <p>2) сдавления</p> <p>3) ранения</p> <p>4) переломы</p> <p>5) разрывы связок</p>	5	ВК ТК	
3.	<p>ОТКРЫТЫМ СЧИТАЕТСЯ ПЕРЕЛОМ КОСТИ С</p> <p>1) осаднением кожных покровов;</p> <p>2) раной мягких тканей, сообщающейся с областью перелома;</p> <p>3) раной мягких тканей вне зоны перелома;</p> <p>4) образованием фликтен над областью перелома;</p> <p>5) обширной гематомой</p>	2	ВК ТК	
4.	<p>ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВОЗНИКАЮТ ТОЛЬКО ПРИ НЕПРЯМОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ:</p> <p>1) поперечно-зубчатые</p> <p>2) оскольчатые</p> <p>3) косопоперечные</p> <p>4) открытые переломы</p> <p>5) многооскольчатые</p>	2	ВК ТК	
5.	<p>ОТРЫВНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ С РАСХОЖДЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ</p>	4	ВК ТК	

	1) одномоментной репозицией, наложением гипсовой повязки; 2) скелетным вытяжением 3) только наложением гипсовой повязки 4) открытой репозицией, остеосинтезом, гипсовой повязкой 5) только остеосинтезом по Илизарову			
6.	ПРИ ПРЯМОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМ НИКОГДА НЕ ВОЗНИКАЮТ: 1) ушибы; 2) сдавления 3) ранения; 4) переломы; 5) разрывы связок	2	ВК ТК	

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>Больная Е., 72 лет, доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение специализированной многопрофильной больницы с жалобами на боли в левом тазобедренном суставе резко усиливающиеся при попытке движений. Со слов больной дома, оступившись, упала на левый бок. При осмотре левая нога ротирована наружу, укорочение на 3 см, положителен симптом "прилипшей пятки", линия Шумахера проходит ниже пупка. Общее состояние удовлетворительное. АД - 160/90 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту. ЧД - 18 в минуту.</p> <p>1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие нужны дополнительные исследования? 3. Что делать? 4. План дальнейшего лечения.</p>	<p>Ответ 1: перелом шейки левого бедра Ответ 2: рентгенография левого тазобедренного сустава Ответ 3: сделать блокаду места перелома путём внутрисуставного введения 30 мл 1% раствора новокаина, наложить деротационную гипсовую повязку; проводить симптоматическую терапию Ответ 4: обследовать, готовить к операции эндопротезирования Ответ 5: после эндопротезирования – ранние дозированные функциональные нагрузки, III группа инвалидности на 1 год</p>	ВК ТК	ПК-1, ПК-6

	5. Реабилитация:			
002	<p>Больной Ж., 37 лет, доставлен в приемное отделение специализированной больницы с жалобами на резкие боли в правой половине таза. За 40 минут до этого был сбит автомашиной, получил удар в область правой половины таза. Сознание не терял. При осмотре: в области крыла правой подвздошной кости имеется обширный кровоподтек, резкая болезненность при пальпации лонной, седалищной костей и крыла подвздошной кости справа. Правая нога несколько ротирована наружу. При сдавлении костей таза положительные симптомы Ларрея и Вернея.</p> <p>1. Ваш предварительный диагноз?</p> <p>2. Какие нужны дополнительные исследования?</p> <p>3. Что делать?</p> <p>4. План дальнейшего лечения.</p> <p>5. Профилактика и реабилитация:</p>	<p>Ответ 1: перелом таза Мальгенья</p> <p>Ответ 2: обзорная рентгенография таза в прямой проекции, катетеризация мочевого пузыря, рентген контрастная цистография</p> <p>Ответ 3: в приёмном отделении сделать внутритазовую блокаду по Школьникову-Селиванову. Провести спицу для скелетного вытяжения в надмышечковой зоне правого бедра. В травматологическом отделении наложить вытяжение и уложить больного в формообразующий гамак при</p> <p>Ответ 4: При необходимости провести коррекцию вытяжения и положения в гамаке с повторным контролем; симптоматическая терапия; лечение в течение 7-8 недель</p> <p>Ответ 5: Соблюдение правил дорожного движения; физиолечение, массаж, рентген-контроль через 2 и 4 месяца, ходьба на костылях до 3 месяцев, ношение бандажа до 6 месяцев</p>	ВК ТК	ПК-1, ПК-5
003	<p>Больной 22 лет во время игры в футбол упал на вытянутую правую руку. Почувствовал резкую боль в правом плечевом суставе. Товарищи на автомашине доставили в хирургический кабинет поликлиники через 20 минут после травмы. При осмотре:</p>	<p>Ответ 1: подклювовидный вывих правого плеча</p> <p>Ответ 2: рентгенография правого плечевого сустава</p> <p>Ответ 3: ввести внутрь сустава 20 мл 1% раствора новокаина и через 5-7 минут произвести вправление вывиха плеча</p>	ВК ТК	ПК-1, ПК-5, ПК-6

<p>правая рука отведена, слегка повернута кнаружи. Контуры правого плечевого сустава изменены. При пальпации головка плечевой кости пальпируется в области клювовидного отростка лопатки, ниже акромиального отростка - западение. Умеренная болезненность при пальпации. Активные движения в плечевом суставе невозможны из-за резкого усиления боли. При попытке пассивных движений, приведения конечности определяется пружинящее сопротивление. Пульс на лучевой артерии сохранен, чувствительность и подвижность пальцев кисти сохранены. 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие нужны дополнительные исследования? 3. Что делать? 4. Что делать если Ваша манипуляция не дала положительного результата? 5. Профилактика и реабилитация:</p>	<p>и наложить повязку Вайнштейна в гипсовом исполнении. Сделать рентгенконтроль Ответ 4: вызвать машину «скорой помощи» и направить в травматологическое отделение, где под местным или общим обезболиванием произведут попытку закрытого вправления. Если закрыто вправление не удастся – произведут открытое вправление в плановом порядке. Ответ 5: Научиться грамотно падать и избегать столкновений; физиолечение, изометрические нагрузки, по снятии гипсовой повязки массаж, осторожная разработка движений в суставе; в случае рецидивов вывиха – оперативное лечение.</p>		
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

19. Нейрохирургия

Коды формируемых компетенций: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>СХОДЯЩЕЕСЯ КОСОГЛАЗИЕ ОБУСЛОВЛЕНО ПОРАЖЕНИЕМ:</p> <p>1) Зрительного нерва 2) Отводящего нерва 3) Глазодвигательного нерва 4) Лицевого нерва 5) Блокового нерва</p>	2	ВК ТК	ПК-2 , ПК-4 , ПК-5 , ПК-6 , ПК-8 , ПК-9
2.	<p>ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА ДОРЗАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫЗЫВАЮТ:</p> <p>1) Преимущественно чувствительные расстройства 2) Преимущественно двигательные расстройства 3) Атактические расстройства 4) Симптом Клод Бернара-Горнера 5) Ни одно из перечисленного</p>	1	ВК ТК	ПК-6 , ПК-8
3.	<p>ВЫБЕРИТЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА</p> <p>1) Дисфагия 2) Сглаженность лобных и носогубных складок 3) Симптом Ласега 4) Затруднение высывывания языка 5) Гипертермия</p>	2	ВК ТК	ПК-6 , ПК-8
4.	<p>ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К АНГИОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) Объемные процессы мозга 2) Сосудистые заболевания 3) Воспалительные заболевания 4) Врожденные уродства 5) Закрытая водянка головного мозга</p>	2	ВК ТК	ПК-6
5.	<p>ГОМОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ</p>	3	ВК ТК	ПК-4 , ПК-6

	1) Выпадением носовых половин полей зрения 2) Выпадением центрального поля зрения 3) Выпадением одноименных полей зрения 4) Снижением зрения 5) Застойными дисками			
6.	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯДЕРНОГО ПОРАЖЕНИЯ VIII НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ: 1) Сопутствующий спазм лицевой мускулатуры 2) Выпадение слуха 3) Системные головокружения 4) Сопутствующее выпадение вкуса 5) Гиперакузия	5	ВК ТК	ПК-5 , ПК-6

Ситуационные задачи

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
001	<p>Больная П., 47 лет, поступила с жалобами на головную боль, головокружение, неоднократную рвоту, общую слабость. Получила производственную травму, удар по голове деревянным брусом, теряла сознание на несколько минут, затем появились вышеописанные жалобы. При поступлении АД 140/80 мм.рт.ст., пульс 88 уд/мин., несколько эйфорична, инструкции выполняет. Зрачки одинаковые по величине, фотореакции живые, нистагма нет. Отмечается болезненность при движении глазными яблоками и недоведение их кнаружи. Асимметрия правой носогубной складки. Язык по средней линии. Сила и тонус мышц конечностей сохранены, сухожильные и периостальные</p>	<p>Ответ 1: Данная клиника характерна для черепно-мозговой травмы. Ряд симптомов указывает на Сотрясение головного мозга. Учитывая наличие в правой надбровной области ушибленной раны с неровными краями 2,3x0,4 см., и отечность ткани, можем предположить, Ds Закрытая черепно - мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Ушибленная рана правой надбровной дуги.</p> <p>Ответ 2: Назначить МСКТ головного мозга, для исключения гематомы.</p> <p>Ответ 3: Выполнить ПХО</p>	ВК ТК	ПК-5 , ПК-6

	<p>рефлексы живые, одинаковые с обеих сторон. СТОпных и кистевых пирамидных знаков нет. Координаторные пробы выполняет неуверенно, с мимопромахиванием и интенцией с обеих сторон. Ригидность мышц затылка на 1 п.п., симптом Кернигам 170. Локальный статус: в правой надбровной области имеется ушибленная рана с неровными краями 2,3x0,4 см., ткани отечны</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте объем дополнительных исследований 3. Назначьте лечение. 	<p>раны. Обязательно поставить противостолбнячную сыворотку! Медикаментозное лечение при сотрясении мозга часто не требуется и носит симптоматический характер (основное лечение - покой и здоровый сон). Направлена фармакотерапия главным образом на нормализацию функционального состояния головного мозга, снятие головной боли, головокружения, беспокойства, бессонницы и других жалоб. Обычно спектр назначаемых при поступлении лекарств включает обезболивающие, успокаивающие и снотворные, преимущественно в виде таблеток, а при необходимости и в инъекциях. Среди обезболивающих (анальгин, пенталгин, дексалгин, седалгин, максиган и др.) подбирают наиболее эффективный у данного больного препарат. Подобным образом поступают и при головокружении, выбирая что-либо одно из имеющихся лекарственных средств (беллоид, циннаризин, платифиллин с папаверином, танакан, микрозер и т.п.). В качестве успокаивающих используют валериану, пустырник, корвалол,</p>		
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>валокордин, а также транквилизаторы (афобазол, грандоксин, сибазон, феназепам, нозепам, рудотель и др.). Для устранения бессонницы на ночь назначают донамил или релаксон. Проведение курсовой сосудистой и метаболической терапии при сотрясениях способствует более быстрому и полному восстановлению нарушений мозговых функций. Предпочтительно сочетание сосудистых (кавинтон, стугерон, сермион, инстенон и др.) и ноотропных (глицин, ноотропил, павнтогам, ноопепт и др.) препаратов.</p>		
002	<p>В реанимационный зал поступил больной К., 23 лет. Сбит автомашиной. Сознания нет. Возбужден. Анизокория. Дыхание глубокое, АД 130/110 мм.рт.ст, ЧСС 52 в мин., ЧДД - 16 в мин. Перелом теменной кости. При спинно-мозговой пункции ликвор слабо окрашен кровью, вытекает под умеренным давлением. Через 15 минут состояние ухудшилось, дыхание до 10 в мин., тонико-клонические судороги.</p> <p>1) Поставьте диагноз</p> <p>2) Объясните причину ухудшения состояния</p> <p>3) Определите дальнейшую тактику ведения</p>	<p>Ответ 1: Данные анамнеза говорят о закрытой черепно-мозговой травме, так как нет видимых повреждений мягких тканей головы.</p> <p>Ответ 2: Вышеперечисленные, данные анамнеза - позволяют думать об ушибе головного мозга не менее средней степени тяжести, не исключено наличие гематомы</p> <p>Ответ 3: Установив предварительный диагноз и оказав неотложную помощь, пострадавшего необходимо направить в нейрохирургическое отделение для дальнейшего</p>	ВК ТК	ПК-6 , ПК-8

		обследования и лечения.		
003	<p>Девушка 20 лет доставлена скорой помощью из университета в тяжелом состоянии. Известно, что сегодня несколько часов назад упала с лестницы. Отмечалась кратковременная потеря сознания, после чего появилась кратковременная головная боль, тошнота. Больная пошла на лекцию. На лекции головная боль усилилась, дважды была рвота. Внезапно потеряла сознание. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс 53 в мин., ритмичный. Легкая ригидность мышц затылка (3 пальца). Синдром Кернига. Симптом Ман-Гуревича. Реакция зрачков на свет вялая. Корнеальные рефлексы отсутствуют. Плавающие движения глазных яблок. Сглажена правая носогубная складка. Поднятые конечности не удерживает с обеих сторон, гипотония в конечностях. Сухожильные рефлексы торпидны. Синдром ротированной стопы справа. Симптом Бабинского справа.</p> <p>1) Что вы думаете о топике поражения?</p> <p>2) Ваше мнение о клиническом диагнозе?</p> <p>3) Тактика ведения больного.:</p>	<p>Ответ 1: Данная клиника характерна для черепно-мозговой травмы. Учитывая целостность мягких тканей головы, в данном случае речь идет о закрытой черепно-мозговой травме. Кратковременная потеря сознания, двукратная рвота. Объективное состояние пациента: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 54 в мин., ритмичный. Легкая ригидность мышц затылка (3 пальца). Синдром Кернига. Симптом Ман-Гуревича. Реакция зрачков на свет вялая. Корнеальные рефлексы отсутствуют. Плавающие движения глазных яблок. Сглажена правая носогубная складка. Поднятые конечности не удерживает с обеих сторон, гипотония в конечностях. Сухожильные рефлексы торпидны. Синдром ротированной стопы справа. Симптом Бабинского справа, говорят об ушибе головного мозга тяжелой степени (в патологический процесс вовлечен ствол мозга).</p> <p>Ответ 2: Ds Закрытая черепно - мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени.</p> <p>Ответ 3: 3. Необходимо экстренно перевести</p>	ВК ТК	ПК-5 , ПК-6

		<p>больную на ИВЛ, мониторировать АД и ЧСС. Назначить МСКТ головного мозга, для определения локализации патологического очага. При наличии внутричерепной гематомы, вызывающей дислокационный синдром провести экстренное оперативное вмешательство - декомпрессионную трепанацию черепа, удаление гематомы.</p>		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--