

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

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и
промежуточной и итоговой аттестации обучающихся
по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия

Красноярск
2018

Составители: д-р мед. наук, доц. П. Г. Шнякин, канд. мед. Наук И. Е. Милехина.

31.08.66 Травматология и ортопедия: фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия / сост. д-р мед. наук, доц. П. Г. Шнякин, канд. мед. Наук И. Е. Милехина. – 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 31.08.66 Травматология и ортопедия, 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. Травматология и ортопедия
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. Артроскопия
19. Микрохирургия

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 исказившие 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. Травматология и ортопедия

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

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1	<p>ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) признаком Маркса 2) симптомом "треугольной подушки" 3) симптомом "клавиши" 4) пружинящим движением в плечевом поясе</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
2	<p>НЕПОЛНЫЙ ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ПРОИСХОДИТ</p> <p>1) при полном разрыве акромиально ключичной и ключично-клювовидной связок 2) при разрыве только акромиально-ключичной связки 3) при разрыве только клювовидно-ключичной связки 4) при растяжении ключично-акромиальной связки</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
3	<p>ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА "ПОЛНЫЙ" ИЛИ "НЕПОЛНЫЙ" ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ НЕОБХОДИМА РЕНТГЕНОГРАММА</p> <p>а) надплечья, в положении больного лежа б) надплечья, в положении больного стоя в) обоих надплечий, стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны г) обоих надплечий в положении больного "лежа"</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
4	<p>НЕВПРАВЛЕННЫЙ ВЫВИХ КЛЮЧИЦЫ СЧИТАЕТСЯ ЗАСТАРЕЛЫМ ЧЕРЕЗ</p> <p>а) 2 часа б) 1 сутки в) 5 суток г) 3-4 недели д) 3-4 месяца</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
5	<p>ДЛЯ ЗАСТАРЕЛОГО ПОЛНОГО ВЫВИХА КЛЮЧИЦЫ В АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОМ СОЧЛЕНЕНИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ,</p>	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выступления акромиального конца ключицы вверх 2) ограничения отведения руки 3) боли в надплечье при движении с нагрузкой 4) быстрой утомляемости верхней конечности на стороне повреждения 5) ослабления силы в руке 			
6	<p>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛОГО ВЫВИХА АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ЕЩЕ ВОЗМОЖНО ЧЕРЕЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3 месяца 2) 9 месяцев 3) 1 год 4) 2 года 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
7	<p>СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВПРАВЛЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ СВЯЗОК ПО ПОВОДУ ПОЛНОГО ВЫВИХА КЛЮЧИЦЫ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2 недели 2) 4-5 недель 3) 8 недель 4) 12 недель 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
8	<p>ИЗ СТЕРНАЛЬНЫХ ВЫВИХОВ КЛЮЧИЦЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) надгрудинный 2) предгрудинный 3) загрудинный 4) двусторонний 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
9	<p>ПОСЛЕ ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА ГРУДИННОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ИММОБИЛИЗАЦИЯ НАКЛАДЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в отведении плеча на 90 градусов 2) в сгибании плеча на 90 градусов 3) во внутренней ротации плеча 4) в наружной ротации плеча 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
10	<p>СРОЧНО ОПЕРИРОВАТЬ СЛЕДУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) надгрудинный вывих ключицы 2) предгрудинный вывих ключицы 3) загрудинный вывих ключицы 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	4) загрудинный вывих ключицы с нарушением дыхания			
11	<p>ПРИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ КАКОГО АНАТОМИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НАСТУПАЕТ ПОЛНЫЙ ВЫВИХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ?</p> <p>1) разрыв ключично - акромиальной связки 2) разрыв ключично – клювовидной связки 3) перелом акромиального отростка лопатки 4) перелом акромиального конца ключицы</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
12	<p>ПОД ТЕРМИНОМ "АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ" ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ</p> <p>а) отнятие конечности на протяжении той или иной кости (костей)</p> <p>1) отнятие конечности на любом участке пораженного сегмента 2) отнятие конечности между суставами 3) отнятие конечности на уровне суставов 4) правильно все</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
13	<p>ОПЕРАЦИЯ ОТСЕЧЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ СУСТАВА НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) ампутацией 2) экзартикуляцией 3) первичной хирургической обработкой 4) костнопластической операцией 5) фасциопластической операцией</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
14	<p>ПЕРВИЧНАЯ АМПУТАЦИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ</p> <p>1) в порядке оказания неотложной хирургической помощи 2) при полном размождении конечности 3) при полном отрыве и размождении конечности 4) все ответы правильны</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
15	<p>ПОКАЗАНИЯМИ К ПЕРВИЧНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <p>1) отрывов конечностей 2) глубоких обширных циркулярных термических ожогов конечностей 3) обширных дефектов кожи и подкожной жировой клетчатки</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>4) переломов (открытые, закрытые), осложненных термическими ожогами на фоне лучевой болезни</p> <p>5) сдавления мягких тканей конечности+отморожение + лучевая болезнь</p>			
16	<p>ПОТЕРЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МАГИСТРАЛЬНОГО СОСУДА БЕЗ ОКАЗАНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ВОЗНИКАЕТ В СРОКИ</p> <p>1) 1ч 2) 2ч 3) 3ч 4) 4ч 5) 5ч</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
17	<p>ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА С РАЗВИТИЕМ ГНОЙНОГО ПОРАЖЕНИЯ БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>1) консервативного лечения 2) ампутации конечности при развитии эмпиемы сустава с обширным разрушением костей 3) ампутации при тромбозе бедренной артерии 4) резекции, наложения аппарата наружной фиксации 5) артротомии, постоянного дренирования и длительного промывания сустава</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
18	<p>ДЕМАРКАЦИОННАЯ ЗОНА ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОНА</p> <p>1) имеет полное совпадение уровней некроза кожи и глубже лежащих мягких тканей 2) не имеет полного совпадения уровней некроза и глубже лежащих тканей 3) кожа поражается значительно проксимальнее, а мягкие ткани подвергаются некрозу меньше 4) некроз мягких тканей, расположенных под кожей, распространяется далеко в проксимальном направлении, а некроз кожи сохраняется значительно дистальнее</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
19	<p>АМПУТАЦИИ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ВЫПОЛНЯЮТСЯ</p> <p>1) до появления демаркационной линии</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	<p>2) при появлении демаркационной линии и мумификации</p> <p>3) в первую или вторую неделю</p> <p>4) при инфицированных отморожениях по линии демаркации в сроки 3-4 недели</p> <p>5) правильно все</p>			
20	<p>ПРИ ГАНГРЕНЕ КОНЕЧНОСТИ У СТАРИКОВ НА ФОНЕ ДИАБЕТА ИЛИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДОАРТЕРИИТА УРОВЕНЬ АМПУТАЦИИ НУЖНО ВЫБИРАТЬ</p> <p>1) в центре очага</p> <p>2) по демаркационной линии</p> <p>3) как только возможно выше</p> <p>4) уровень ампутации определяется только после сканирования системы микроциркуляции пораженной конечности</p> <p>5) ниже демаркационной линии</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
21	<p>ОСТЕОМИЕЛИТ С НАЛИЧИЕМ СЕПСИСА ИЛИ ПРИЗНАКАМИ АМИЛОИДОЗА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ТРЕБУЕТ</p> <p>1) многочисленный секвестрэктоми</p> <p>2) наложения компрессионно-дистракционного аппарата, с длительным орошением и дренированием очага</p> <p>3) ампутации</p> <p>4) правильно все</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
22	<p>ПРИ НЕКРОЗЕ КОНЕЧНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА, НЕОБХОДИМО</p> <p>1) отсечение конечности немного дистальнее демаркационной линии</p> <p>2) отсечение конечности по уровню демаркационной линии на коже</p> <p>3) обнажить сосудисто-нервный пучок, удалить тромб, промыть магистральные сосуды</p> <p>4) уровень ампутации определить методом компьютерной томографии</p> <p>5) отсечение конечности немного проксимальнее демаркационной линии</p>	5	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
23	<p>ПРИ НАГНОЙТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ В КОСТЯХ ИЛИ В СУСТАВАХ С НАЧИНАЮЩИМСЯ ИСТОЩЕНИЕМ</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>

	<p>ПОКАЗАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) быстрая ампутация конечности с наложением глухого шва 2) артротомия, резекция пораженных костей, костно-пластическая операция, постоянное длительное орошение и дренирование 3) быстрая ампутация круговым способом, без стягивающих и направляющих швов 4) частичная некрэктомия 5) наложение глухой мостовидной повязки 			
24	<p>ПРИ ОБШИРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОНЕЧНОСТИ АМПУТАЦИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) по типу ПХО с обязательным и окончательным закрытием раны 2) по типу частичной некрэктомии 3) по типу полной некрэктомии 4) по типу ПХО раны с иссечением всех нежизнеспособных тканей, усечения конечности по уровню повреждения кости, с орошением и дренированием раны, без ее ушивания 5) экзартикуляция 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
25	<p>УРОВЕНЬ АМПУТАЦИИ ПРИ НЕКРОЗАХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДОАРТЕРИИТЕ, АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ИЛИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЕ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) внутриаартериального введения хлористого кальция или сосудорасширяющих средств 2) компьютерной томографии системы микроциркуляции 3) первичной хирургической обработки 4) УЗД сосудов нижней конечности 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
26	<p>ДВУМОМЕНТНЫЙ СПОСОБ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ АМПУТАЦИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) одинаковую сократимость кожи, поверхностных и глубоких мышц 2) неодинаковую сократимость кожи, поверхностных и глубоких мышц, в результате чего может образоваться конус 3) создание конической культи 4) создание опорной культи 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
27	<p>К ОПОРНЫМ КУЛЬТЯМ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) культя верхней трети бедра 	5	<p>ВК ТК</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p>

	<p>2) культя верхней трети голени</p> <p>3) культя средней трети голени</p> <p>4) культя нижней трети голени</p> <p>5) культя после костнопластической операции по Пирогову в нижней трети голени</p>		ГИА	ПК-5
28	<p>ЭЛЕМЕНТАМИ ФАСЦИОПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ГОЛЕНИ (ПО С.Ф.ГОДУНОВУ) ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>1) выкраивания переднего и заднего кожно-фасциального лоскута</p> <p>2) сшивания мышц над костным спилом, передний и задний кожно-фасциальный лоскуты не сшиваются</p> <p>3) мышцы не сшиваются над костным пилом</p> <p>4) передний и задний кожнофасциальный лоскуты сшивают между собой</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
29	<p>СУТЬ ТЕСТА С.Ф.ГОДУНОВА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ НА ГОЛЕНИ, БЕДРЕ СОСТОИТ</p> <p>1) в определении нарушения магистрального кровотока</p> <p>2) в определении тромбоза магистрального сосуда</p> <p>3) во внутрикостном введении новокаина, снятии жгута в течение 5 минут и определении полноценности артериального кровотока по гиперемии кожи</p> <p>4) во внутривенном введении сосудорасширяющих препаратов</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
30	<p>ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА КУЛЬТЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) свободно пересаженные трансплантаты</p> <p>2) пластика филатовским стеблем</p> <p>3) пластика расщепленным кожным лоскутом</p> <p>4) местная пластика</p> <p>5) пластика лоскутами на сосудистой ножке, перемещенными с отдаленных участков культи или вышележащего сегмента</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
31	<p>В ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ БОЛЬНЫМ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ВСЕ, КРОМЕ</p> <p>1) постоянные протезы</p>	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<ul style="list-style-type: none"> 2) временные протезы 3) лечебно-тренировочные протезы 4) правильно все 5) экспресс-протезы 			
32	<p>ЭКСПРЕСС-ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В</p> <ul style="list-style-type: none"> а) изготовлении первичного протеза б) изготовлении экспресс-протеза на операционном столе после ампутации в) изготовлении лечебно - тренировочного протеза г) изготовлении постоянного протеза 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
33	<p>К НЕВРОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТАМ ОТНОСЯТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) коревые артриты 2) табетические артриты 3) синингомиелические поражения суставов 4) ревматоидные артриты 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
34	<p>ТАБЕТИЧЕСКИЕ АРТРОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) внезапным началом с обильным выпотом и субфебрильной температурой 2) разболтанностью сустава 3) параартикулярным обызвествлением 4) расстройством чувствительности 5) всем вышеперечисленным 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
35	<p>ДЛЯ СИРИНГМИЕЛИТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) мышечные атрофии верхней конечности 2) аналгезии 3) деструкция суставных концов костей 4) "когтистость" пальцев кисти 5) все вышеперечисленное 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
36	<p>ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗА НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) триада Шарко (нистагм, интенционные дрожания, скандированная речь) 2) утомляемость ног к концу дня 3) вестибулярные нарушения (головокружение, тошнота) 4) нарушение чувствительности парестезии и боли 5) все вышеперечисленное 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
37	<p>ПРИ ГЕМОФИЛИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СУСТАВОВ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) понижение свертываемости крови 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	2) кровоизлияние в сустав 3) хронические артриты 4) все вышеперечисленное			
38	БОЛЕЗНЬ КАШИНА - БЕКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1)обезобразивающими полихондроостеоартрозами 2) эндемичностью и неясной этиологией 3) симметричностью и прогрессированием 4) деформацией и тугоподвижностью суставов 5) всем вышеперечисленным	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
39	ТРЕТЬЯ СТАДИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ОСТЕОАРТРОЗА (БОЛЕЗНИ КАШИНА - БЕКА) УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ 1) короткопалости (медвежья лапа) и утиной походки 2) ограничения движения в коленных суставах и голеностопных суставах 3) недостаточности функции паращитовидных желез, наличия уретрита 4) лордоза поясничного отдела позвоночника 5) всего вышеперечисленного	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
40	ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО СПОНДИЛОАРТРИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ 1) поражение мелких периферических суставов конечностей 2) поражение дистальных межфаланговых суставов средних пальцев рук 3) истинные анкилозы 4) наличие вторичных разрастаний в тканях, окружающих кости 5) сужение суставной щели	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
41	КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: 1) кортикостероиды 2) пирогенал, 3) метатрексат 4) применение мази ("Антипсориадикум", "Псориазин") 5) салициловые примочки	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
42	Для ранней стадии болезни Рейтера	2	ВК ТК	УК-1, ПК-2,

	<p>характерны симптомы: 1) конъюнктивит, 2) неспецифический уретрит, 3) воспаление суставов нижних конечностей, 4) боли в пояснице</p> <p>1) правильно все перечисленное 2) правильно все перечисленное, кроме 4 3) правильно все перечисленное, кроме 1 4) правильно все перечисленное, кроме 3 5) правильно все перечисленное, кроме 2</p>		ГИА	ПК-5
43	<p>АХОНДРОПАЗИЯ - ЭТО</p> <p>1) системное поражение скелета, связанное с пороком развития хондробластической системы, аномалией развития и роста хряща 2) последствия внутриутробного сифилиса 3) последствия внутриутробного рахита 4) нейроэндокринное заболевание 5) повышение давления амниотической жидкости</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
44	<p>ПРИ АХОНДРОПАЗИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ:</p> <p>1) трубчатые кости 2) плоские кости 3) фаланги пальцев 4) правильно все 5) все неверно</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
45	<p>ПО КЛАССИФИКАЦИИ АХОНДРОПАЗИЯ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>1) к остеодисплазиям 2) к хондродисплазиям 3) к остеохондропатиям 4) правильно все 5) все неверно</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
46	<p>ИЗ ВСЕХ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ АХОНДРОПАЗИИ МЕНЕЕ ВСЕГО ИЗМЕНЕНЫ:</p> <p>1) таз 2) ребра 3) ключицы 4) позвоночник 5) основание черепа</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
47	<p>РЕНТГЕНСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИМЕЮТ МЕСТО ПРИ АХОНДРОПАЗИИ В СЛЕДУЮЩИХ КОСТЯХ, КРОМЕ:</p> <p>1) в трубчатых костях 2) в эпифизах 3) в черепе 4) в лопатках</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	5) в позвоночнике			
48	<p>ДЛЯ АХОНДРОПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышенная ломкость костей 2) изодактилия 3) афалангия 4) синдактилия 5) саблевидные голени 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
49	<p>ДЛЯ АХОНДРОПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) карликовый рост 2) изодактилия 3) головной череп нависает над лицевым 4) ноющие боли в костях постоянного характера 5) диспропорция скелета 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
50	<p>В КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) медиальных 2) субкапитальных и шеечных 3) латеральных 4) межвертельных и чрезвертельных 5) подвертельных 	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
51	<p>ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) болей в тазобедренном суставе 2) укорочения конечности 3) симптома Гирголова 4) симптома "прилипшей пятки" 5) ротации конечности внутрь 	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
52	<p>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) скелетного вытяжения 2) наложения кокситной гипсовой повязки 3) репозиции отломков и фиксации спицами 4) функционального лечения 5) иммобилизации репонированных отломков гипсовой повязкой, наложенной на конечность до верхней трети бедра 	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
53	<p>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ МЕТОДАМИ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) закрытого остеосинтеза различными металлоконструкциями 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>2) открытого остеосинтеза металлоконструкциями</p> <p>3) открытой репозиции отломков и фиксации гипсовой повязкой</p> <p>4) эндопротезирования тазобедренного сустава</p>			
54	<p>ОТКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ШЕЙКИ БЕДРА ОБЛАДАЕТ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ, КРОМЕ</p> <p>1) менее травматичен</p> <p>2) позволяет точно сопоставить отломки</p> <p>3) позволяет правильно провести фиксатор</p> <p>4) прочно скрепить отломки</p> <p>5) позволяет раньше активизировать больного</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
55	<p>ПЕРЕЛОМЫ БОЛЬШОГО И МАЛОГО ВЕРТЕЛОВ ВОЗМОЖНЫ В СЛУЧАЕ</p> <p>1) падения на ноги</p> <p>2) падения на область ягодиц</p> <p>3) сдавления таза в передне-заднем направлении</p> <p>4) сдавления таза с боков</p> <p>5) падения на область тазобедренного сустава</p>	5	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
56	<p>ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕЛОМА БОЛЬШОГО И МАЛОГО ВЕРТЕЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>1) боли в области тазобедренного сустава, усиливающейся при пальпации</p> <p>2) боли в области паховой складки и внутренней поверхности бедра</p> <p>3) боли в крестцово-подвздошном сочленении</p> <p>4) гематомы в области тазобедренного сустава</p> <p>5) крепитации отломков при пальпации</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
57	<p>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШОГО И МАЛОГО ВЕРТЕЛОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СПОСОБАМИ, КРОМЕ</p> <p>1) введения 1% раствора новокаина в зону перелома и отведения ноги на плоскости на 10(-15(</p> <p>2) укладки ноги на шину Белера на 20-25</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	<p>дней в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставе с наружной ротацией конечности</p> <p>3) отведения ноги на 10(-15(от средней линии с валиком под коленным суставом, наложения деротационного сапожка</p> <p>4) наложения кокситной гипсовой повязки</p>			
58	<p>ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШОГО И МАЛОГО ВЕРТЕЛОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНА ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СПОСОБАМИ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>1) проволочные серкляжи</p> <p>2) спицы с упорными площадками</p> <p>3) металлические штифты и шурупы</p> <p>4) пластины</p> <p>5) шовный материал</p>	5	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
59	<p>ВОЗНИКНОВЕНИЮ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА СПОСОБСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЧИНЫ:</p> <p>1) первичного микробного загрязнения раны</p> <p>2) вторичного загрязнения раны</p> <p>3) наличия обширной зоны первичного некроза тканей вокруг раневого канала</p> <p>4) поздней и нерадикальной хирургической обработки раны</p> <p>5) все правильно</p>	5	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
60	<p>БЛАГОПРИЯТНОМУ ИСХОДУ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА СПОСОБСТВУЕТ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ, ПРОИЗВЕДЕННАЯ</p> <p>1) в первые 6 часов после ранения с дренированием раны</p> <p>2) с наложением швов и дренированием раны</p> <p>3) в первые 6-12 часов</p> <p>4) в первые 12-24 часов</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
61	<p>ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ВОЕННО-ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ СОСТОИТ ИЗ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, КРОМЕ</p> <p>1) введения анальгетиков и антибиотиков</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>

	<p>2) остановки наружного кровотечения</p> <p>3) иммобилизации</p> <p>4) наложения аппарата Илизарова</p> <p>5) эвакуации</p>			
62	<p>Повреждение бедра под действием травмирующей силы возможно при падении</p> <p>1) на спину</p> <p>2) на область крестца и ягодиц</p> <p>3) на область крыла подвздошной кости</p> <p>4) на область бедра</p> <p>5) на вытянутые ноги</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
63	<p>ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ДИАФИЗА БЕДРА ТИПИЧНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ</p> <p>1) смещение отломков по ширине, длине и под углом</p> <p>2) смещение вокруг оси</p> <p>3) установка центрального отломка в положении отведения, сгибания и наружной ротации, периферического кверху и кзади от центрального</p> <p>4) установка центрального отломка в положении приведения кнутри и кпереди, периферического кзади вверх и под углом</p> <p>5) смещение центрального отломка кзади, периферического кпереди и кзади</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
64	<p>МАКСИМАЛЬНОЕ ОТВЕДЕНИЕ И СГИБАНИЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА В ОБЛАСТИ</p> <p>1) верхней трети диафиза</p> <p>2) средней трети диафиза</p> <p>3) нижней трети диафиза</p> <p>4) надмышечков</p> <p>5) средней и нижней трети диафиза</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
65	<p>ПРОКСИМАЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ В ВЕРХНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ</p> <p>1) приведения, сгибания и внутренней ротации</p> <p>2) отведения, сгибания и наружной ротации</p> <p>3) приведения, сгибания и наружной ротации</p> <p>4) отведения, сгибания и внутренней ротации</p> <p>5) отведения, разгибания и внутренней ротации</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>

66	<p>ПОВРЕЖДЕНИЕ ИЛИ СДАВЛЕНИЕ СОСУДОВ БЕДРА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ОБЛАСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проксимального отдела бедра 2) верхней трети диафиза 3) средней трети 4) нижней трети 5) надмышелков 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
67	<p>ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) шока и кровопотери 2) жировой эмболии 3) ложного сустава 4) нагноения 5) деформирующего артроза коленного сустава 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
68	<p>НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПОДБОР ФИКСАТОРА ПО РАЗМЕРАМ ПРИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ БЕДРА МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проникновения штифта в коленный сустав 2) перелома фиксатора 3) заклинивания фиксатора в костном отломке 4) перфорации стенки кости 5) образования трещин в кости 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
69	<p>ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА БЕДРА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1-е сутки после травмы 2) 1-2-е сутки после травмы 3) 2-5-е сутки после травмы 4) 7-15-е сутки после травмы 5) спустя 15 суток 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
70	<p>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ЭПИФЕЗИОЛИЗА ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нарушение (тромбоз) магистрального кровотока конечности 2) нарушение роста кости 3) невозможность закрытой репозиции 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	4) повреждение сосудисто-нервного пучка 5) жировая эмболия			
71	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ НАДМЫШЦЕЛКОВОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ 1) неустранимое консервативными методами смещение фрагмента 2) нарушение конгруэнтности суставных поверхностей 3) повреждение и сдавление сосудисто-нервного пучка 4) интрепозиция мягких тканей 5) неправильно сросшийся перелом	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
72	ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ 1) хирургическую обработку и интрамедуллярный остеосинтез 2) хирургическую обработку, активное дренирование, наружную фиксацию отломков 3) хирургическую обработку, активное дренирование, компрессионно-дистракционный остеосинтез 4) хирургическую обработку, вакуумирование и наложение гипсовой повязки 5) обкалывание антибиотиками, новокаиновую блокаду, иммобилизацию сегмента	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
73	К ОСЛОЖНЕНИЯМ, НАБЛЮДАЕМЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА В ПОЗДНЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ 1) несросшегося перелома 2) деформации и укорочения конечности 3) контрактуры 4) остеомиелита 5) сдавления сосудисто-нервного пучка	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
74	ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ФИКСАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ СРОК 1) 6 месяцев 2) 1 год 3) 1.5 года 4) 2 года 5) фиксатор можно не удалять	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

75	<p>ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ БЕДРА В ВОЕННО-ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ НАЧИНАЮТ СО ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) остановки наружного кровотечения 2) проведения реанимационных мероприятий 3) иммобилизации конечности 4) наложения компрессионно-дистракционного аппарата 5) транспортировки в специализированный госпиталь 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
76	<p>ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ВЫВИХ БЕДРА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) костно-суставного туберкулеза и остеомиелита 2) опухолевого процесса 3) лучевого поражения 4) неврогенных артропатий 5) всего перечисленного 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
77	<p>ДИАГНОЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) болевого синдрома в области сустава 2) нарушения опороспособности конечности 3) положительного синдрома Тренделенбурга 4) анамнестических данных 5) совокупности всех перечисленных признаков 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
78	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) структурные изменения в костях головки бедра и вертлужной впадины 2) изменение топографического соотношения костей в тазобедренном суставе 3) наличие отягощенного анамнеза заболеванием 4) сочетание структурных изменений и топографических взаимоотношений костей в тазобедренном суставе 5) все вышеперечисленное 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
79	<p>ХАРАКТЕР ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА СВЯЗАН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с заболеванием, приведшим к патологическому вывиху бедра 2) с локализацией и характером костных 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	<p>изменений</p> <p>3) с возрастом больного и состоянием больного, а также давностью заболевания</p> <p>4) с возможностью врачей, лечебного учреждения и желанием больного</p> <p>5) со всем вышеперечисленным</p>			
80	<p>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ</p> <p>1) покой и иммобилизацию</p> <p>2) антибиотикотерапию и химиотерапию</p> <p>3) так называемое "функциональное" лечение, включая лечебную гимнастику, массаж и бальнеологию</p> <p>4) протезирование</p> <p>5) все вышеперечисленное</p>	5	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
81	<p>ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА</p> <p>1) остеосинтез</p> <p>2) эндопротезирование</p> <p>3) верно все</p> <p>4) резекция сустава</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
82	<p>ПРИ ПРИОБРЕТЕННОМ "КОКСА ВАРА" ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <p>1) вальгизирующая остеотомия бедра</p> <p>2) консервативное лечение</p> <p>3) артродез и артропластика тазобедренного сустава</p> <p>4) ношение ортопедической обуви и разгрузка сустава</p> <p>5) все перечисленное</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
83	<p>При приобретенном "кокка вальга" применяется</p> <p>1) варизирующая остеотомия</p> <p>2) артродез тазобедренного сустава</p> <p>3) ношение ортопедической обуви</p> <p>4) консервативное лечение и разгрузка сустава</p> <p>5) все перечисленное</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
84	<p>"КОКСА ВАРА" ВОЗНИКАЕТ В СВЯЗИ С ПОРАЖЕНИЕМ</p> <p>1) головки и эпифиза бедра</p> <p>2) шейки бедра</p> <p>3) вертельной зоны бедра</p> <p>4) подвертельной и диафизной зоны бедра</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>

	5) комбинации всех вышеперечисленных зон			
85	<p>ПРИОБРЕТЕННЫЕ "КОКСА ВАРА" БЫВАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диспластических процессов 2) специфических и неспецифических инфекций 3) последствий травм 4) нарушения минерального обмена 5) комбинации всего перечисленного 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
86	<p>ДИАГНОЗ ЩЕЛКАЮЩЕГО ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ НАЛИЧИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) щелкающего бедра при активном сгибании с внутренней ротацией 2) уплотнения широкой фасции бедра 3) шума в области бедра при ходьбе 4) двусторонности поражения 5) нормальной структуры тазобедренного сустава в рентгеновском изображении 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
87	<p>БОЛЕЗНЬ БЛАУНТА – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дисплазия проксимальной ростковой зоны большеберцовой кости с с последующим разрежением, разрыхлением и преждевременной оссификацией медиальной части эпифизарной пластинки 2) последствие перенесенного остеомиелита большеберцовой кости 3) рахитоподобное заболевание 4) дисплазия росткового хряща дистального конца большеберцовой кости 5) остеохондропатия головки бедренной кости 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
88	<p>В ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА РАЗЛИЧАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) две стадии течения 2) три стадии течения 3) четыре стадии течения 4) пять стадий течения 5) нет стадийности течения 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
89	<p>В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ РЕНТГЕНСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) незначительное уменьшение высоты и ширины внутренней части эпифиза б/берцовой кости, нечеткость границ росткового хряща 2) расширение медиального отдела 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	<p>ростковой пластинки, кистовидные тени в клювовидной части метафиза</p> <p>3) оссификация внутреннего отдела ростковой пластинки, искривление оси большеберцовой кости внутрь</p> <p>4) восстановление формы эпифиза с нормальной зоной роста с латеральной стороны и резким сужением - с медиальной</p> <p>5) все перечисленное</p>			
90	<p>НАЗОВИТЕ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА</p> <p>1) ранняя и поздняя</p> <p>2) только поздняя</p> <p>3) только ранняя</p> <p>4) посттравматическая</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
91	<p>В КАКОМ ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ РАННЯЯ (ВРОЖДЕННАЯ) ФОРМА БОЛЕЗНИ БЛАУНТА?</p> <p>1) в 1-2 года</p> <p>2) в 3-4 года</p> <p>3) на первом году жизни</p> <p>4) в младшем школьном возрасте</p> <p>5) в подростковом возрасте</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
92	<p>В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОЗДНЯЯ (ПОСТНАТАЛЬНАЯ) ФОРМА БОЛЕЗНИ БЛАУНТА?</p> <p>1) в дошкольном возрасте</p> <p>2) в подростковом возрасте</p> <p>3) не зависимо от возраста</p> <p>4) в младшем школьном возрасте</p> <p>5) у взрослых</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
93	<p>КАКИЕ РЕНТГЕНСТРУКТУРНЫЕ ПРИЗНАКИ ОТНОСЯТСЯ К I СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА.</p> <p>1) незначительное уменьшение высоты и ширины внутренней части эпифиза б/берцовой кости, нечеткость границ росткового хряща</p> <p>2) расширение медиального отдела ростковой пластинки, кистовидные тени в клювовидной части метафиза</p> <p>3) оссификация внутреннего отдела ростковой пластинки, искривление оси большеберцовой кости внутрь</p> <p>4) восстановление формы эпифиза с нормальной зоной роста с латеральной стороны и резким сужением - с медиальной</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
94	<p>КАКИЕ РЕНТГЕНСТРУКТУРНЫЕ</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p>

	<p>ПРИЗНАКИ ГОВОРЯТ О II СТАДИИ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА?</p> <p>1) незначительное уменьшение высоты и ширины внутренней части эпифиза б/берцовой кости, нечеткость границ росткового хряща</p> <p>2) расширение медиального отдела ростковой пластинки, кистовидные тени в клювовидной части метафиза</p> <p>3) оссификация внутреннего отдела ростковой пластинки, искривление оси большеберцовой кости внутрь</p> <p>4) восстановление формы эпифиза с нормальной зоной роста с латеральной стороны и резким сужением - с медиальной</p>		ГИА	ПК-5
95	<p>КАКАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОДТВЕРЖДАЕТ III И IV СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА?</p> <p>1) незначительное уменьшение высоты и ширины внутренней части эпифиза б/берцовой кости, нечеткость границ росткового хряща</p> <p>2) расширение медиального отдела ростковой пластинки, кистовидные тени в клювовидной части метафиза</p> <p>3) оссификация внутреннего отдела ростковой пластинки, искривление оси большеберцовой кости внутрь</p> <p>4) восстановление формы эпифиза с нормальной зоной роста с латеральной стороны и резким сужением - с медиальной</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
96	<p>НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ V СТАДИИ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА?</p> <p>1) незначительное уменьшение высоты и ширины внутренней части эпифиза б/берцовой кости, нечеткость границ росткового хряща</p> <p>2) расширение медиального отдела ростковой пластинки, кистовидные тени в клювовидной части метафиза</p> <p>3) оссификация внутреннего отдела ростковой пластинки, искривление оси большеберцовой кости внутрь</p> <p>4) восстановление формы эпифиза с нормальной зоной роста с латеральной стороны и резким сужением - с медиальной</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
97	НАЗОВИТЕ ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ	3	ВК	УК-1, ПК-2,

	СИМПТОМ ПРИ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА. а) укорочение пораженной конечности б) выраженный болевой синдром в) варусная деформация голени г) вальгусная деформация голени д) утрата опороспособности конечности		ТК ГИА	ПК-5
98	НАЗОВИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНУЮ МЕТОДИКУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ ДО 10 ГРАДУСОВ а) консервативное лечение б) лечение не показано в) правильно все г) оперативное лечение	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
99	ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДИК, КАКАЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА? 1) поперечная остеотомия 2) угловая остеотомия по Репке 3) коррекция с помощью компрессионно-дистракционного аппарата 4) целесообразной методики не представлено	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
100	В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЛЕЖИТ 1) параметр эпифизарно-диафизарного угла 2) степень укорочения конечности 3) положение большого вертела 4) сроки окостенения эпифиза головки бедра 5) все перечисленные признаки	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
101	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ 1) ограничение отведения бедер 2) симптом Маркса-Ортолани (соскальзывание) 3) укорочение ножки 4) асимметрия ножных складок 5) наружная ротация ножки	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
102	НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА СЛЕДУЕТ 1) в период новорожденности 2) в первые полгода жизни 3) до 1 года	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	4) до 2 лет			
103	<p>НЕЗАМЕЧЕННАЯ ВОВРЕМЯ БОЛЕВАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ ВИЛЕНСКОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ</p> <p>1) к асептическому некрозу головки бедренной кости 2) к шоку 3) к разрыву капсулы 4) к скручиванию бедра 5) к нарушению кровообращения в стопах</p>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
104	<p>ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДСТВИЕМ НЕЗРЕЛОСТИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РАСТУЩЕГО ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) дисплазия бедренного сустава 2) врожденная косорукость 3) амниотические перетяжки 4) патологический вывих бедра 5) болезнь Клиппеля-Фейля</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
105	<p>В ОСНОВЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕЖИТ</p> <p>1) дисфункция созревания 2) дисфункция роста 3) механическое воздействие 4) дистрофические изменения ангионевротического характера 5) тератогенное воздействие</p>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
106	<p>В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ЛЕЖИТ</p> <p>1) дисфункция роста 2) дисфункция созревания 3) родовая травма 4) внутриутробная инфекция 5) онкогенное воздействие</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
107	<p>ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА (ДИСПЛАЗИИ) ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) воспалительный процесс 2) травматический фактор 3) дисплазия 4) неправильное членорасположение плода в утробе матери 5) нарушение обменных процессов</p>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
108	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВРОЖДЕННЫЙ</p>	1	<p>ВК ТК</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p>

	ВЫВИХ БЕДРА (ДИСПЛАЗИЯ) БЫВАЕТ 1) у лиц женского пола 2) у лиц мужского пола 3) одинаково часто без особой разницы 4) нет достоверных данных		ГИА	ПК-5
109	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ 1) левосторонний вывих 2) правосторонний вывих 3) двусторонний вывих 4) все не правильно	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
110	ПО СТЕПЕНИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ГОЛОВКИ БЕДРА ПО ОТНОШЕНИЮ К СУСТАВНОЙ ВПАДИНЕ ВОЗМОЖНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ, КРОМЕ 1) предвывиха 2) подвывиха 3) вывиха 4) дисплазии	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
111	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ 1) укорочение конечности 2) асимметрия кожных складок 3) симптом "щелчка" 4) ограничение отведения бедер 5) наружная ротация конечности	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
112	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА 1) позднее появление ядра окостенения головки 2) изменения величин h и d (уменьшение, увеличение, без перемен) 3) отношение диафиза бедра к линии Омбредана (проходит линия через диафиз бедра, кнутри, кнаружи от него) 4) изменение угла Виберга 5) изменение ацетабулярного угла (увеличение, уменьшение, без перемен)	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
113	НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ВЫЯВЛЯЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА, РАЗРАБОТАННАЯ 1) С.А.Рейнбергом 2) Радулеску 3) Хильгенрейнером	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	4) Омбретаном			
114	ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАЧИНАЕТСЯ 1) с рождения 2) в возрасте 1 месяца 3) в возрасте 1-2 месяцев 4) в возрасте 3 месяцев и старше	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
115	НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) консервативный (по Лоренцу) 2) гипсовые повязки 3) функциональные шины 4) оперативный	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
116	КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2-Х ЛЕТ ВКЛЮЧАЕТ 1) хромоту 2) укорочение конечности 3) положительный симптом Тренделенбурга 4) большой вертел выше линии Розер-Нелатона 5) все перечисленное	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
117	ПОСЛЕ ДВУХЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ 1) гипсовой повязки 2) вытяжения 3) функциональных шин 4) компрессионно-дистракционных аппаратов 5) хирургического лечения (внесуставные или внутрисуставные вмешательства)	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
118	ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ (ВЫВИХОМ) ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЬШИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДАЕТ 1) метод Лоренца 2) афункциональный метод 3) функциональный метод 4) компрессионно-дистракционный метод	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
119	ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ (ВЫВИХА)	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ ОСЛОЖНЕНИЯ</p> <p>1) асептический некроз головки бедра 2) парез седалищного нерва 3) тугоподвижность в суставе и анкилоз 4) все перечисленное</p>			
120	<p>ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРИМЕНЯЮТСЯ</p> <p>1) водные процедуры 2) физиотерапия 3) лечебная гимнастика 4) массаж 5) все перечисленное верно</p>	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
121	<p>ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ДЕЛЯТСЯ</p> <p>1) на внутрисуставные и внесуставные 2) на костях таза 3) на проксимальном отделе бедра 4) в сочетании с артропластикой сустава</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
122	<p>ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) релюксация 2) асептический некроз головки бедра 3) анкилоз 4) контрактуры 5) ограничение движений в суставе</p>	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
123	<p>ПО СНЯТИИ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ПРИМЕНЯЮТСЯ</p> <p>1) пассивные физические упражнения 2) активные физические упражнения 3) грязелечение 4) водные процедуры 5) все перечисленное верно</p>	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
124	<p>НАГРУЗКА НА ОПЕРИРОВАННУЮ КОНЕЧНОСТЬ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА РАЗРЕШАЕТСЯ</p> <p>1) через 2 месяца 2) через 3 месяца 3) через 6 месяцев</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	4) через 1 год			
125	<p>ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) порок первичной закладки 2) внутриутробная травма 3) родовая травма 4) дисплазия 5) внутриутробный полиомиелит</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
126	<p>ОСНОВНОЙ СИМПТОМ КОСОЛАПОСТИ</p> <p>1) эквинсу стопы 2) экскавatus стопы 3) вальгус стопы 4) варус стопы 5) приведение переднего отдела стопы</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
127	<p>БОЛЬНОЙ С КОСОЛАПОСТЬЮ ПРИ ХОДЬБЕ</p> <p>1) хромает 2) не хромает 3) ходит, переступая "нога за ногу" 4) наступает на внутренний край стопы 5) наступает на наружный край стопы</p>	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
128	<p>ПРИ КОСОЛАПОСТИ НАИБОЛЕЕ ЗАИНТЕРЕСОВАНЫ</p> <p>1) длинный сгибатель пальцев 2) передняя большеберцовая мышца 3) задняя большеберцовая мышца 4) ахиллово сухожилие 5) длинный сгибатель 1 пальца</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
129	<p>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ НАЧИНАЮТ</p> <p>1) с рождения 2) через 1 месяц после рождения 3) через 3 месяца после рождения 4) через полгода после рождения 5) в возрасте 1 года</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
130	<p>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>1) мягкое бинтование и ЛФК 2) массаж и ЛФК 3) редрессацию 4) гипсовые повязки 5) применение шины по Виленскому</p>	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
131	<p>ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА СТОПЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СЛАГАЕТСЯ</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>1) из приведения, супинации и подошвенного сгибания</p> <p>2) из отведения, супинации и подошвенного сгибания</p> <p>3) из приведения, пронации и тыльного сгибания</p> <p>4) отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении</p> <p>5) эквинусной установки стопы</p>			
132	<p>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ</p> <p>1) до 6 месяцев</p> <p>2) до 1 года</p> <p>3) до 2.5-3 лет</p> <p>4) до 5-летнего возраста</p> <p>5) до исправления элементов косолапости</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
133	<p>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ, КАК ПРАВИЛО, НАЧИНАЮТ</p> <p>1) с 6-месячного возраста</p> <p>2) с 12-месячного возраста</p> <p>3) с 9-летнего возраста</p> <p>4) с 5-летнего возраста</p> <p>5) с 10-летнего возраста</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
134	<p>У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1-3 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ НА</p> <p>1) сухожилиях</p> <p>2) сухожильно-связочном аппарате</p> <p>3) костях стопы</p> <p>4) суставах</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
135	<p>У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 12 ЛЕТ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА:</p> <p>1) сухожилиях</p> <p>2) сухожильно-связочном аппарате в сочетании с резекцией ядра кубовидной кости или ее массы</p> <p>3) костях стопы</p> <p>4) костях стопы и голени</p> <p>5) верно все</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
136	<p>У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:</p> <p>1) операцию Зацепина</p> <p>2) трехсуставной артрорез по Новаченко</p> <p>3) серповидную резекцию по Куслику</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>

	4) применить компрессионно-дистракционную методику с адресным щадящим артродезом наиболее заинтересованных суставов стопы 5) все перечисленное верно			
137	У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕЛЕЧЕННОЙ (ИЛИ НЕИЗЛЕЧЕННОЙ) ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ: 1) операцию Зацепина 2) трехсуставной артродез по Новаченко 3) серповидную резекцию по Куслику 4) применить компрессионно-дистракционную методику с адресным щадящим артродезом наиболее заинтересованных суставов стопы 5) все перечисленное верно	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
138	ГИПСОВАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ 1) 1 месяц 2) 2 месяца 3) 3 месяца 4) 6 месяцев 5) до 1 года	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
139	ДЛЯ ГЕМАРТРОЗА ГОЛЕННОСТОПНОГО СУСТАВА ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) кровоподтек 2) боль 3) нарушение функции конечности 4) скопление крови в полости сустава 5) разрыв межберцового синдесмоза	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
140	ПАЛЬПАЦИЮ ГОЛЕННОСТОПНОГО СУСТАВА НА ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕМАРТРОЗА СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ 1) спереди 2) с боков 3) сзади 4) спереди и сзади голеностопного сустава, снутри и снаружи ахиллова сухожилия 5) все ответы правильные	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
141	ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВНУТРЕННЕЙ ЛОДЫЖКИ ИЛИ Н/З Б/БЕРЦОВОЙ КОСТИ РЕНТГЕНОГРАММЫ ГОЛЕНИ В В/3 ПРОИЗВОДЯТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ 1) перелома внутреннего мыщелка	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>большеберцовой кости</p> <p>2) перелома наружного мыщелка большеберцовой кости</p> <p>3) перелома головки малоберцовой кости</p> <p>4) все правильно</p> <p>5) все ответы неправильны</p>			
142	<p>ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ ВНУТРЕННЕЙ И НАРУЖНЕЙ ЛОДЫЖЕК НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ГОРИЗОНТАЛЬНУЮ ЛИНИЮ ЧЕРЕЗ</p> <p>1) таранную и пяточную кости</p> <p>2) таранную, пяточную, большеберцовую кости</p> <p>3) таранную, пяточную, большеберцовую и малоберцовую кости</p> <p>4) суставную часть дистального эпиметафиза большеберцовой кости</p> <p>5) биссектрису угла Беллера</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
143	<p>ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЛОДЫЖЕК ПОСЛЕ ИХ ВПРАВЛЕНИЯ ПОКАЗАНА</p> <p>1) циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка</p> <p>2) циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой</p> <p>3) разрезная циркулярная гипсовая повязка типа "сапожок"</p> <p>4) V-образная повязка со стопой</p> <p>5) V-образная повязка без лонгеты для стопы</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
144	<p>ВТОРИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ ПРИ ЛОДЫЖЕЧНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ</p> <p>1) спадения травматического отека</p> <p>2) использования первичной циркулярной повязки</p> <p>3) плохого моделирования гипсовой повязки</p> <p>4) всего перечисленного</p> <p>5) ранней осевой нагрузки</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
145	<p>НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХАХ В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖНО ВСЛЕДСТВИЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН, КРОМЕ</p> <p>1) многократных репозиций</p> <p>2) сдавления гипсовой повязкой</p> <p>3) применения циркулярной гипсовой повязки</p> <p>4) нарастающего отека</p> <p>5) наложения аппарата внешней фиксации</p>	5	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>

146	<p>РАЗРЫВ ДЕЛЬТОВИДНОЙ СВЯЗКИ ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разрывом межберцового синдесмоза 2) разрывом наружных связок голеностопного сустава 3) переломом пяточной и таранной костей 4) переломом плюсневых костей 5) вывихом в шопаровом суставе 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
147	<p>ПРИ ТРЕХЛОДЫЖЕЧНОМ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХЕ В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1 месяц 2) 2 месяца 3) 2,5-3 месяца 4) 4 месяца 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
148	<p>ПРИ ТРЕХЛОДЫЖЕЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ, ЛЕЧЕННОМ ОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ, СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1 месяц 2) 2 месяца 3) 3 месяца 4) 4 месяца 5) 5 месяцев 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
149	<p>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА УСКОРЯЕТ СРОКИ СРАЩЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на 10 дней 2) на 14 дней 3) на 21 день 4) на 28 дней 5) не ускоряет 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
150	<p>ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рассечение, иссечение и восстановление целостности тканей 2) внутрикостное промывание раны с антибиотиками 3) использование вакуума 4) дренирование раны 5) ПХО раны, активное дренирование, наложение модуля аппарата Илизарова 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
151	<p>СРОК ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ТРЕХЛОДЫЖЕЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ</p>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 1) 1 месяц 2) 2 месяца 3) 3 месяца 4) 4 месяца 5) 4-6 месяцев 			
152	<p>ЛЕЧЕНИЕ УШИБОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СТОПЫ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) применения рентгенотерапии (малых доз) 2) применения холода в остром периоде 3) наложения давящей повязки 4) физиопроцедур 5) ЛФК 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
153	<p>ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ ТАРАННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) боль в области ахилла, усиление ее при тыльном сгибании стопы, поколачивание пяточной области усиливает боли в зоне перелома 2) увеличение подвижности в таранно-пяточном сочленении 3) болезненное и ограниченное подошвенное сгибание и тыльное разгибание в голеностопном суставе 4) резкое уменьшение аддукции и абдукции стопы 5) нормальный объем движений в голеностопном суставе 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
154	<p>ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА ТАРАННОЙ КОСТИ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ЛЕГКОМ ТЫЛЬНОМ СГИБАНИИ СТОПЫ СРОКОМ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) на 3-4 недели 2) на 6-8 недель 3) на 8-10 недель 4) на 10-12 недель 5) на 12-14 недель 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
155	<p>ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ ТАРАННОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ НАГРУЗКА НА НОГУ РАЗРЕШАЕТСЯ ЧЕРЕЗ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 1 месяц 2) 2 месяца 3) 2,5-3 месяца 4) 4 месяца 5) 5 месяцев 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
156	<p>СРОК ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ</p>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	ШЕЙКИ ТАРАННОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ, ЛЕЧЕННЫЙ КОНСЕРВАТИВНО, СОСТАВЛЯЕТ 1) 1 месяц 2) 2 месяца 3) 3 месяца 4) 4 месяца 5) 5 месяцев			
157	ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ НЕВПРАВЛЕННЫХ МНОГООСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ ТАРАННОЙ КОСТИ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1) остеосинтез винтами 2) остеосинтез спицами 3) артродез голеностопного и подтаранного суставов 4) астрагалэктомия	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
158	ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛА ТАРАННОЙ КОСТИ СРЕДНИЙ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ СОСТАВЛЯЕТ 1) 1 месяц 2) 2 месяца 3) 3 месяца 4) 3-4 месяца 5) 4-5 месяцев	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
159	ПРИ РАЗВИТИИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ТАРАННОЙ КОСТИ И ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ГОЛЕНОСТОПНОГО И ПОДТАРАННОГО СУСТАВОВ ПОКАЗАНО 1) остеосинтез винтами 2) остеосинтез спицами 3) остеосинтез проволокой 4) астрагалэктомия 5) артродез голеностопного и подтаранного суставов	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
160	ТАРАННО-ПЯТОЧНЫЙ УГОЛ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ 1) 10-20 градусов 2) 20-30 градусов 3) 30-40 градусов 4) 40-50 градусов 5) 40-60 градусов	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
161	ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) боли в области пяточной кости,	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>уплощение свода стопы, деформация голеностопного сустава, опущение вершушек лодыжек на стороне перелома пяточной кости</p> <p>2) деформация голеностопного сустава и смещение внутренней лодыжки вверх</p> <p>3) гемартроз голеностопного сустава, уплощение внутреннего свода стопы</p> <p>4) боль в области расположения пяточной кости, отсутствие деформации голеностопного сустава</p>			
162	<p>ПЕРЕЛОМЫ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ И СНИЖЕНИЕМ ТАРАННО-ПЯТОЧНОГО УГЛА ПОДЛЕЖАТ ЛЕЧЕНИЮ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ МЕТОДАМИ, КРОМЕ</p> <p>1) наложения гипсового "сапожка" без предварительной репозиции</p> <p>2) скелетного вытяжения</p> <p>3) наложения аппаратов чрезкостной фиксации</p> <p>4) ручной репозиции на "клине" или на колене с последующим наложением аппарата внешней фиксации или гипсового "сапожка"</p> <p>5) остеосинтеза</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
163	<p>СРЕДНИЙ СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) 1 месяц</p> <p>2) 2-3 месяца</p> <p>3) 3 месяца</p> <p>4) 4 месяца</p> <p>5) 5 месяцев</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
164	<p>ПРИ ОТРЫВАХ БУГОРКА ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ, К КОТОРОМУ ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ СУХОЖИЛИЕ ЗАДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ, ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА СРОК</p> <p>1) 3 недели</p> <p>2) 4 недели</p> <p>3) 5 недель</p> <p>4) 6 недель</p> <p>5) 6-8 недель</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p> <p>ПК-5</p>
165	<p>ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛАДЬЕВИДНОЙ,</p>	5	<p>ВК</p>	<p>УК-1, ПК-2,</p>

	КУБОВИДНОЙ И КЛИНОВИДНЫХ КОСТЕЙ СРОК ГИПСОВОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ 1) 1 неделю 2) 2 недели 3) 3 недели 4) 4-6 недель 5) 6-8 недель		ТК ГИА	ПК-5
166	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОДНАДКОСТНИЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: 1) иммобилизация руки на косынке 2) фиксация мягкой повязкой Дезо 3) ранняя ЛФК 4) одномоментное вправление	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
167	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ФИКСАЦИИ ВПРАВЛЕННОГО ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ 1) повязка Дезо 2) повязка Дельбе 3) 8-образная повязка 4) овал Титовой 5) шина Белера (деревянная)	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
168	НАЗОВИТЕ СРОКИ СРАЩЕНИЯ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ 1) 8-10 дней 2) 12-21 день 3) 25-30 дней 4) 35-40 дней 5) 45-50 дней	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
169	РЕПЛАНТАЦИЕЙ КОЖИ НАЗЫВАЕТСЯ 1) свободная кожная аутопластика 2) пластика дефекта кожи лоскутом на ножке с другого органа 3) подшивание отслоенного травмой лоскута, имеющего питающую ножку, на место 4) подшивание отторгнутого травмой лоскута кожи, после его истончения, удаления клетчатки 5) пластика кожи трубчатым стеблем	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
170	РЕИМПЛАНТАЦИЕЙ КОЖНОГО ЛОСКУТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) свободная кожная пластика с оторванной или ампутированной конечности 2) подшивание отторгнутого кожного лоскута после его расщепления на место	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>3) пересадка кожного лоскута на грануляции</p> <p>4) свободная кожная пластика с другого органа после его обработки</p> <p>5) пластика трубчатым стеблем</p>			
171	<p>ИМПЛАНТАЦИЕЙ КОЖНОГО ЛОСКУТА НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) свободная кожная пластика на свежую рану с другого органа</p> <p>2) пересадка кожного лоскута на гранулирующую рану</p> <p>3) подшивание отторгнутого кожного лоскута на место</p> <p>4) пластика трубчатым стеблем</p> <p>5) пластика кожной раны ксенотрансплантатом</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
172	<p>МОБИЛИЗАЦИЯ КРАЕВ РАНЫ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <p>1) при значительных по размерам кожных дефектах</p> <p>2) при пластике ран местными тканями с большим натяжением их краев</p> <p>3) при пластическом закрытии ран местными тканями с небольшим натяжением</p> <p>4) при закрытии ран местными тканями без натяжений</p> <p>5) при закрытии ран местными тканями с их избытком</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
173	<p>СОКРАТИМОСТЬ КОЖНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <p>1) толщина лоскута</p> <p>2) локализация</p> <p>3) площадь</p> <p>4) волосистость</p> <p>5) способ обезболивания</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
174	<p>ПРИ ИТАЛЬЯНСКОЙ ПЛАСТИКЕ ЛОСКУТОМ С ДРУГИХ ОТДЕЛОВ ТЕЛА СООТНОШЕНИЕ ШИРИНЫ К ДЛИНЕ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) 1:5</p> <p>2) 1:4</p> <p>3) 1:3</p> <p>4) 1:2</p> <p>5) 1:1</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
175	<p>ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКЕ ПО А.К.ТЫЧИНКИНОЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<ul style="list-style-type: none"> 1) итальянского 2) индийского 3) расщепленного лоскута 4) погруженного лоскута 			
176	<p>"ОСТРЫМ СТЕБЛЕМ" НАЗЫВАЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) тонкий стебельчатый лоскут диаметром не больше 1 см 2) стебельчатый лоскут, имеющий толщину не более 3 см 3) стебельчатый лоскут, имеющий одну питающую ножку 4) стебельчатый лоскут длиной не менее 20 см 5) лоскут, не сшитый в трубку 	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
177	<p>РАСЩЕПЛЕННЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ОБРАБАТЫВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) настойкой йода 2) раствором антисептика (риваноля, фурациллина) 3) раствором новокаина с добавлением антибиотиков 4) вазелиновым маслом 5) спиртом 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
178	<p>НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) местная инфильтрационная анестезия 2) внутрикостная анестезия 3) наркоз 4) проводниковая анестезия 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
179	<p>ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ РАСЩЕПЛЕННОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА С РАНЫ СЛЕДУЕТ УДАЛИТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) некротические фибриновые пленки 2) грануляции 3) подгрануляционный слой 4) все перечисленное неверно 5) все перечисленное верно 	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
180	<p>СУЩЕСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВИДЫ ДЕРМАТОМОВ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) механических 2) электрических 3) ротационных 4) клеевых 5) ультразвуковых 	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
181	СОЗДАНИЕ СЕТЧАТОГО КОЖНОГО	5	ВК ТК	УК-1, ПК-2,

	<p>ТРАНСПЛАНТАТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для увеличения площади трансплантата 2) для лучшего прилегания его к раневой поверхности 3) для профилактики образования подтрансплантационных гематом 4) для восстановления циркуляции лимфы в ране 5) для всего перечисленного 		ГИА	ПК-5
182	<p>ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИЙ ПЕРЕД ПЛАСТИКОЙ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наложение жгута на проксимальный отдел конечности 2) наложение жгута на дистальный от места пластики отдел конечности 3) вазелиновое масло 4) горячий физраствор 5) теплый физраствор 	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
183	<p>ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ С ДЕФЕКТОМ ТКАНЕЙ НЕ ПРОИЗВОДИТСЯ ПЛАСТИКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) перемещением тканей, окружающих раневой дефект 2) по методике Тычинкиной 3) пересадка лоскутов на питающей ножке, выкроенных вдали от раневого дефекта 4) пластика "острым" филатовским стеблем 5) реплантация не полностью отторгнутых кожных покровов 	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
184	<p>ПЕРЕМЕЩЕНИЕ КОЖИ, ОКРУЖАЮЩЕЙ РАНЕВОЙ ДЕФЕКТ (ПЛАСТИКА МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ), НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) при замещении дефектов кожи в области межфаланговых суставов 2) при обширных скальпированных ранах на ладонной и тыльной поверхности кисти 3) при закрытии дефектов при ампутациях конечностей 4) при закрытии дефектов на голове 5) при закрытии дефектов на сгибательной стороне суставов 	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
185	<p>ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТИКИ ЛОСКУТОМ НА НОЖКЕ, ВЫКРОЕННОМ ВДАЛИ ОТ РАНЫ (ИТАЛЬЯНСКАЯ ПЛАСТИКА), ПОКАЗАНО ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>1) при обширных дефектах тканей, которые невозможно закрыть местными тканями</p> <p>2) при дефектах тканей, включающих в себя не только кожу, но и подлежащие ткани</p> <p>3) при дефектах, имеющих недостатки в кровоснабжении дна раны</p> <p>4) при дефектах, включающих в себя не только кожу, но и крупные сосудистые и нервные стволы</p> <p>5) при необходимости пересадки кожи с клетчаткой для обеспечения подвижности ее при функции</p>			
186	<p>ВАЖНЫМИ УСЛОВИЯМИ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>1) точного определения размера раны</p> <p>2) что вершина выкраиваемого лоскута должна быть обращена в сторону, с которой будет производиться замещение раневого дефекта</p> <p>3) что плоскость дефекта по отношению к лоскуту должна составлять не более 90(из-за возможного перекрута ножки</p> <p>4) что основание выкраиваемого лоскута может превышать его длину не менее, чем в 4 раза</p> <p>5) необходимости полного и точного соприкосновения раневого дефекта и лоскута</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
187	<p>ПРИ ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ ПРИ ПОМОЩИ "ОСТРОГО" ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>1) топографию выкраиваемого лоскута и расположение питающей ножки</p> <p>2) необходимость включения в лоскут подкожной клетчатки, а у худых больных и поверхностной фасции</p> <p>3) необходимость точного учитывания расположения, топографии питающих сосудов донорского участка</p> <p>4) строгое соблюдение соотношения длины и ширины лоскута в пределах 1:2</p> <p>5) надежную фиксацию конечности</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
188	<p>РЕПЛАНТАЦИЯ НЕ ПОЛНОСТЬЮ ОТТОРГНУТЫХ КОЖНЫХ ЛОСКУТОВ НЕ ПОКАЗАНА</p> <p>1) при скальпированных ранах головы</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>2) при скальпированных ранах лица</p> <p>3) при небольших скальпированных ранах туловища и конечностей</p> <p>4) при обширных скальпированных ранах конечностей</p> <p>5) при значительных ранах конечностей при явно сохранившемся кровообращении в лоскуте</p>			
189	<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЛАТОВСКОГО (ТРУБЧАТОГО) СТЕБЛЯ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) к плоскостным видам пластики</p> <p>б) к свободной пластике</p> <p>в) к пластике расщепленным лоскутом</p> <p>г) к тоннельным видам пластики</p> <p>д) к объемной пластике</p>	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
190	<p>ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ ПОКАЗАН</p> <p>1) при поверхностных ранах</p> <p>2) при небольших плоскостных дефектах</p> <p>3) при значительных объемных дефектах</p> <p>4) при неглубоких ранах с мягкотканым, трофическим полноценным дном</p> <p>5) при значительных плоскостных дефектах</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
191	<p>ПРЕИМУЩЕСТВАМИ ПЛАСТИКИ СТЕБЛЕМ ФИЛАТОВА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>1) надежности закрытия глубоких объемных полостей</p> <p>2) возможности включения в пластический материал хрящевой, костной, мышечной и других тканей</p> <p>3) возможности закрытия дефектов любой локализации</p> <p>4) улучшения трофики окружающей дефект ткани</p> <p>5) быстром закрытии дефекта</p>	5	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
192	<p>К НЕДОСТАТКАМ ПЛАСТИКИ СТЕБЛЕМ ФИЛАТОВА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>1) многоэтапности</p> <p>2) возможности закрытия объемных дефектов с нарушенной трофикой</p> <p>3) опасности осложнения и болезней стебля</p> <p>4) вынужденного длительного положения больного</p> <p>5) длительности лечения</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
193	<p>ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЛАСТИКИ ПО</p>	4	ВК ТК	УК-1, ПК-2,

	<p>МЕТОДУ ТЫЧИНКИНОЙ</p> <p>1) свободный кожный трансплантат консервируется глубоким охлаждением</p> <p>2) консервируется в различных питательных средах</p> <p>3) консервируется лиофилизацией</p> <p>4) свободным кожным трансплантатом закрывается донорский дефект и его укрывают отсепарованным кожным лоскутом, приготовленным для пластики</p> <p>5) приготовленный кожный лоскут на питающей ножке частично подшивают к донорскому дефекту, оставляя свободным верхушку его</p>		ГИА	ПК-5
194	<p>ПОКАЗАНИЕМ К СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>1) объемного дефекта тканей</p> <p>2) обширной скальпированной раны</p> <p>3) ожоговой гранулирующей раны</p> <p>4) дефекта, дном которого являются хорошо питаемые мягкие ткани</p> <p>5) дефекта, расположенного на лице и голове</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
195	<p>ЭТИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА</p> <p>1) прямая травма</p> <p>2) порок развития</p> <p>3) анатомические дефекты области коленного сустава</p> <p>4) дисплазия</p> <p>5) наследственная передача</p>	3	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
196	<p>ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ СМЕЩЕНИЯ КОЛЕННОЙ ЧАШЕЧКИ</p> <p>1) латеральные</p> <p>2) медиальные</p> <p>3) горизонтальные</p> <p>4) ротационные</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
197	<p>ВСТРЕЧАЮТСЯ ВРОЖДЕННЫЕ ВЫВИХИ НАДКОЛЕННИКА</p> <p>1) привычные</p> <p>2) поянно повторяющиеся</p> <p>3) постоянно существующие</p> <p>4) все перечисленное</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
198	<p>ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ НАДКОЛЕННИКА ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СОПУТСТВУЮЩИЕ</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>ПОРОКИ РАЗВИТИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плоско-вальгусные стопы 2) косолапость 3) вальгусная деформация шейки бедра 4) незаращение дужек позвонков 5) гипертрихоз 			
199	<p>РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ (МАССАЖ, ЛФК, НОШЕНИЕ ТУТОРА, ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ МЫШЦ) ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА СЛЕДУЕТ ОЦЕНИТЬ КАК:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) без существенного улучшения 2) улучшение 3) ухудшение 4) полученные осложнения 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
200	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТЫ МЕНИСКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) физиотерапия 2) иммобилизация сустава 3) пункция мениска 4) менискэктомия 5) менискотомия 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

Практические навыки

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

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1	Антропометрические измерения, выявить угловые деформации и асимметрию сегментов конечностей, определить объем движения в суставах.	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5
2	Выявить симптомы переломов : отек мягких тканей, флюктуацию, крепитацию, наличие болевых точек.	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-6
3	Производить пункцию суставов: - плечевого - локтевого - тазобедренного - коленного - голеностопного.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-7
4	Производить первичную или вторичную хирургическую обработку ран.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6, ПК-11
5	Производить дерматомом и перфоратором пластику кожных дефектов расщепленным лоскутом кожи.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6
6	Участвовать в операции по замене крупных суставов эндопротезами.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-7
7	Уметь оказывать квалифицированную врачебную и специализированную помощь при: - закрытых переломах - открытых переломах - огнестрельных повреждениях опорно-двигательного аппарата.	ТК, ГИА	УК-2, ПК-3
8	Производить трансплантацию сухожилий при врожденных и приобретенных заболеваниях	ТК, ГИА	ПК-8, ПК-12
9	Производить закрытую репозицию отломков, устранять вывихи в суставах.	ТК, ГИА	УК-2, ПК-7
10	Уметь произвести накостный, внутрикостный, чрескостный, остеосинтез при переломах костей.	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-7
11	Уметь вправлять вывихи в: плечевом, локтевом, тазобедренном, коленном суставах.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-12
12	Уметь оказывать специализированную помощь при переломах пяточной кости, в том числе – закрыто репонировать отломки, накладывать гипсовую повязку, фиксировать отломки путем чрескостного остеосинтеза;	ТК, ГИА	УК-1, ПК-12
13	Уметь выявить симптоматику при повреждениях менисков, боковых и крестообразных связок коленного сустава.	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5
14	Произвести операцию при разрыве межберцового синдесмоза.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6
15	Уметь проводить консервативное лечение у детей в раннем детском возрасте при выявлении: - врожденного вывиха бедра или дисплазии - косолапости - кривошеи - нарушений осанки.	ТК, ГИА	ПК-3, ПК-11

16	Производить закрытую репозицию отломков, устранять вывихи в голеностопном суставе	ТК, ГИА	УК-1, ПК-11
17	Уметь произвести накостный, внутрикостный, чрескостный, интрамедуллярный остеосинтез при переломах: ключицы, плеча, локтевого отростка, костей предплечья и кисти, шейки бедра, вертельной зоны, диафиза бедра, мышцелков бедра и большеберцовой кости, надколенника, диафиза костей голени, повреждений в зоне голеностопного сустава и стопы.	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-6
18	Произвести закрытую репозицию при переломах луча в типичном месте и при повреждениях в зоне голеностопного сустава и осуществить иммобилизацию гипсовой повязкой.	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-12
19	Осуществить оперативную фиксацию при разрыве лонного симфиза.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-12
20	Произвести сшивание собственной связки надколенника и сухожилия четырехглавой мышцы бедра.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6
21	Уметь выявить симптоматику при повреждениях менисков, боковых и крестообразных связок коленного сустава.	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5
22	Производить трансплантацию сухожилий при врожденных и приобретенных заболеваниях.	ТК, ГИА	ПК-10, ПК-12
23	Сшивать сухожилия : длинной головки бицепса; сухожилие бицепса плеча при его отрыве от лучевой кости; собственной связки надколенника; Ахиллова сухожилия и других локализаций.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-7
24	Уметь оказывать специализированную помощь при переломах пяточной кости, в том числе – закрыто репонировать отломки, накладывать гипсовую повязку, фиксировать отломки путем чрескостного остеосинтеза.	ТК, ГИА	УК-2, ПК-7, ПК-11
25	Произвести репозицию и гипсовую иммобилизацию.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-12
26	Произвести ампутацию или реконструкцию культы конечности.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-7, ПК-8
27	Уметь оказывать специализированную помощь при переломах у детей.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-9
28	Уметь обследовать и выявить ортопедическое заболевание, как у детей, так и взрослых.	ТК, ГИА	ПК-4, ПК-7
29	Уметь проводить консервативное лечение у детей в раннем детском возрасте при выявлении: врожденного вывиха бедра или дисплазии; косолапости; кривошеи; нарушений осанки.	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-6
30	Производить операции при стенозирующих лигаментитах, контрактуре Дюпюитрена.	ТК, ГИА	ПК-4, ПК-6
31	Уметь произвести невролиз и первичный шов поврежденного нерва.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-6
32	Произвести операцию при вывихе надколенника.		УК-1, ПК-6

33	Произвести оперативное лечение статических деформаций стоп, в том числе, hallux valgus.	ТК, ГИА	ПК-6, ПК-9
34	Уметь выявить остеохондроз позвоночника, спондилолистез.	ТК, ГИА	УК-1, ПК-8
35	Оперативное лечение при различных вариантах остеохондропатии.	ТК, ГИА	УК-2, ПК-2

Ситуационные задачи

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

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1	<p>Больной был сбит автомашиной. При осмотре в приемном отделении больницы: левая голень иммобилизована одной шиной Крамера до нижней трети бедра по задней ее поверхности. Определяется видимая на глаз угловая деформация в средней трети левой голени. При пальпации отмечается резкая болезненность в этой области, подвижность отломков, укорочение голени на 2,5 см. Пульсация на артериях стопы отчетливая, чувствительных расстройств нет. Общее состояние средней тяжести, больной бледен, пульс - 92 уд. мин. ритмичен, А/Д -120/60, дыхание - 20 в 1 мин.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз</p> <p>2. Отметьте, как следовало произвести транспортную иммобилизацию данному пострадавшему</p> <p>3. Ваша дальнейшая тактика в стационаре</p>	<p>1. Перелом обеих костей левой голени в средней трети со смещением.</p> <p>2. Наложить три шины Крамера по наружной, внутренней и задней поверхности голени до верхней трети бедра.</p> <p>3.1. Рентгенография левой голени.</p> <p>3.2. Блокада места перелома.</p> <p>3.3. Скелетное вытяжение за пяточную кость.</p> <p>3.4. Наркотические анальгетики.</p> <p>3.5. Рентгенконтроль</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
2	<p>Рабочему 28 лет на правую голень упала металлическая балка. В течение 1 ч с момента травмы доставлен в травматологическое отделение больницы в состоянии средней</p>	<p>1. Открытый перелом обеих костей правой голени в верхней трети. На рентгенограмме правой голени обнаружен винтообразный перелом костей.</p> <p>2. Сделать футлярную</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>тяжести. На передневнутренней поверхности верхней трети правой голени имеется рана размером 10 х 3 см. Отмечаются выраженная деформация и укорочение голени. При попытке переложить поврежденную ногу голень сгибается в месте травмы (патологическая подвижность).</p> <p>1. Ваш диагноз? 2. Какова тактика?</p>	<p>новокаиновую блокаду, перелить кровь. Произвести первичную хирургическую обработку раны и репозицию костных отломков с фиксацией их шурупом, введенным перпендикулярно оси перелома. Наложить циркулярную гипсовую повязку от верхней трети бедра до пальцев стопы.</p>		
3	<p>Женщина 47 лет упала с лестницы на выпрямленную в коленном суставе правую ногу. Максимальная осевая нагрузка пришлась на коленный сустав. В результате травмы появились сильные боли в области правого коленного сустава. Пострадавшая доставлена в травматологическое отделение больницы. В верхней трети правой голени имеется разлитая гематома, определяется гемартроз. Контуры коленного сустава сглажены, сустав увеличен в объеме и деформирован. Голень отклонена кнаружи (вальгусное положение). При ощупывании сустава определяется резкая болезненность в области наружного мыщелка и баллотирование надколенника. Активные движения в коленном суставе резко ограничены и болезненны. Больная не может самостоятельно</p>	<p>1. Перелом наружного мыщелка правой большеберцовой кости. 2. Сделать рентгенографию правого коленного сустава. 3. Осуществить местную анестезию. Пункцировать коленный сустав и удалить кровь из его полости. Не вынимая иглы, ввести в полость сустава 20 мл 2 % раствора новокаина. Наложить циркулярную гипсовую повязку от ягодичной складки до кончиков пальцев на 4-6 недель. Ногу согнуть под небольшим углом в коленном суставе. Со 2-го дня назначить упражнения для четырехглавой мышцы бедра (поднимание ноги в гипсовой повязке). Через 1 неделю больная может ходить на костылях, не нагружая больную ногу. После снятия гип-</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>поднять выпрямленную ногу. Появилась боковая подвижность голени. При легком поколачивании по пятке боли резко усиливаются в месте травмы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>совой повязки назначить лечебную физкультуру и тепловые процедуры. В полном объеме ногу можно нагружать через 2-3 месяца после перелома.</p>		
4	<p>Студенты выгружали с автомашины бетонные блоки для фундамента. Один блок упал с машины и ударил близко стоящего студента по левой ноге. В результате травмы в нижней трети голени образовалась рана с интенсивным кровотечением. Товарищи оказали пострадавшему первую помощь: наложили выше раны толстую войлочную веревку. Кровотечение остановилось. Доставлен в травматологическое отделение больницы. За период транспортировки (5 ч) жгут не перекладывался. При осмотре на передне-внутренней поверхности нижней трети левой голени рваная рана размером 4 x 8 см, в глубине раны видны костные отломки большеберцовой кости. Ниже импровизированного жгута конечность бледная, чувствительность в ней не определяется. После снятия веревки на ее месте остался глубокий раздавливающий след,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Открытый перелом левой большеберцовой кости в нижней трети. 2. Сделать рентгенографию нижней трети левой голени. На рентгенограмме обнаружен оскольчатый перелом большеберцовой кости. Произвести первичную хирургическую обработку раны. Наложить гипсовую лонгету по задней поверхности ноги от ягодичной складки до кончиков пальцев. После неумело наложенного жгута у пострадавшего появились необратимые изменения в нижней трети голени. Постепенно развился некроз. Общее состояние значительно ухудшилось. Произведена ампутация левой голени на уровне средней трети. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>кровотечения из раны и пульсации периферических артерий нет. Легкий массаж голени и стопы ничего не изменил.</p> <p>1. Каков диагноз? 2. Ваша тактика?</p>			
5	<p>Девушка быстро шла к автобусной остановке. Высокий каблук попал в расщелину и правая стопа подвернулась внутрь. Появились боли в области наружной лодыжки. Пострадавшая обратилась в травматологический пункт. При осмотре правого голеностопного сустава отмечается припухлость по наружной поверхности стопы и ниже наружной лодыжки. Здесь же отмечается болезненность при пальпации. Движения в голеностопном суставе сохранены в полном объеме, болезненны. Пальпация наружной лодыжки безболезненна.</p> <p>1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика?</p>	<p>1. Растяжение наружной боковой связки правого голеностопного сустава. 2. Чтобы исключить перелом, необходимо сделать рентгенографию правого голеностопного сустава. 3. Область наружной лодыжки оросить хлорэтилом. На голеностопный сустав наложить 8-образную бинтовую повязку. Стараться удержать повязкой стопу под прямым углом к голени. Со 2-го дня назначить тепловые процедуры (ванны, парафин, УВЧ).</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
6	<p>Женщина подвернула левую стопу внутрь. В результате этой травмы появились сильные боли в области голеностопного сустава. Обратилась в травматологический пункт. Беспокоят боли в области наружной лодыжки при ходьбе. Пострадавшая не может</p>	<p>1. Перелом наружной лодыжки левого голеностопного сустава. 2. Сделать рентгенографию левого</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>твёрдо наступить на больную ногу. При осмотре левого голеностопного сустава область наружной лодыжки отечна, болезненна при пальпации. Движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>голеностопного сустава.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Наложить гипсовую повязку типа «сапожок» или U-образную на 5-6 недель. Перед иммобилизацией в область перелома ввести 10 мл 2 % раствора новокаина. Стопу установить под прямым углом к голени. Через 2 недели пригипсовать каблук и разрешить слегка приступить на больную ногу. Нагрузку увеличивать постепенно, чтобы к концу месяца больная могла ходить с палочкой. После снятия гипсовой повязки назначить занятия лечебной физкультурой и массаж. 		
7	<p>Металлическая деталь, упавшая с верстака, ударила рабочего по наружному краю правой стопы. Пострадавший обратился в травматологический пункт. При осмотре отмечаются припухлость и кровоподтек в области тыла стопы. Пальпация основания V плюсневой кости резко болезненна. При потягивании за V палец и при нагрузке по оси боли в месте травмы значительно усиливаются.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом основания V плюсневой кости правой стопы. 2. Сделать рентгенографию правой стопы. 3. В область перелома ввести 10 мл 2 % раствора новокаина. Наложить гипсовую лонгету, хорошо отмоделировав ее в области лодыжек, продольного и поперечного сводов стопы. Лонгета идет от пальцев через подошвенную поверхность стопы и голеностопный сустав до нижней трети голени. Срок иммобилизации — 3-4 недели 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

8	<p>Молодой мужчина упал с высоты 2 м. Основной удар пришелся на левую пятку. Доставлен в травматологическое отделение больницы. Объективно: левая пятка уплощена, расширена и отечна. Под внутренней лодыжкой кровоподтек. Продольный свод стопы уплощен. Нагрузка на пятку невозможна из-за сильных болей. Пальпация пятки болезненна. Сокращение мышц голени вызывает усиление болей в пятке. При осмотре сзади обеих стоп видно, что на поврежденной стороне лодыжки стоят ниже, а ось пяточной кости наклонена внутрь. Активные приведение и отведение, пронация и супинация отсутствуют.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом левой пяточной кости. 2. Для уточнения характера перелома сделать рентгенографию левой пятки. <p>Наложить циркулярную гипсовую повязку до коленного сустава на 6-8 недель. Необходимо тщательно от моделировать продольные своды стопы. Ходить на костылях, не нагружая больную ногу. Через 2 недели разрешить небольшую нагрузку, в гипсовую повязку металлическое стремя. После снятия повязки сделать контрольную рентгенографию и назначить физиотерапию для восстановления подвижности</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
9	<p>Больная 72 лет доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение травматологической клиники с жалобами на боли в левом тазобедренном суставе и невозможность встать на левую ногу. Со слов больной, дома упала на левый бок с высоты собственного роста. При осмотре определяется: левая нога ротирована наружу, имеется</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом шейки левого бедра. 2. Рентгенография левого тазобедренного сустава. 3. Анестезия области перелома путем пункции тазобедренного сустава и введения раствора новокаина. Наложение скелетного вытяжения за 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>относительное укорочение левой ноги на 3 см, положителен симптом «прилипшей пятки», активная внутренняя ротация левой ноги отсутствует, линия Шумахера ниже пупка. Общее состояние удовлетворительное.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Ваша тактика в приемном отделении? 3. Какова тактика? 	<p>бугристость большеберцовой кости. Наложение гипсовой повязки по Уитмену</p>		
10	<p>Легковой автомобиль съехал с дороги и несколько раз перевернулся. Сидящий в нем мужчина 35 лет получил травму правого тазобедренного сустава. У пострадавшего появились сильные боли в месте травмы. Не может встать на правую ногу. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре правый тазобедренный сустав деформирован, нога немного согнута в коленном и тазобедренном суставах и повернута внутрь. Активные движения в тазобедренном суставе невозможны, пассивные — встречают пружинящее сопротивление. Правая нога стала заметно короче, поясничный лордоз более выраженный.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Задний подвздошный вывих правого бедра. 2. Для уточнения диагноза сделать рентгенографию правого тазобедренного сустава. 3. Вправление вывиха осуществить под наркозом. Для ликвидации заднего вывиха применить способ Кохера. Больного уложить на спину. Помощник кладет руки на гребни подвздошных костей пациента и удерживает таз. Вправляющий сгибает правую ногу в коленном и тазобедренном суставах под прямым углом и тянет ее вертикально вверх. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>необходимо выполнить?</p> <p>3. Какова тактика?</p>	<p>Одновременно, держась за голень, вращает бедро внутрь. Происходит вправление с характерным щелчком, и движения в суставе становятся свободными. Сделать контрольную рент- генографию. После вправления сохранять иммобилизацию конечности 3—4 недели.</p>		
11	<p>Мужчина 80 лет оступился и упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. По- явились сильные боли в паховой области. Пост- радавший доставлен в травматологическое от- деление больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога ротирована наружу. Самостоятельно поставить стопу вертикально не может. Попытка сделать это с посторонней помощью приводит к появлению сильной боли в тазобедренном суставе. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе ногу, вместо этого он сгибает ее, и нога скользит пяткой по постели (симптом «прилипшей пятки»). Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом шейки левой бедренной кости. 2. Сделать рентгенографию левого тазобедрен- ного сустава. 3. Под наркозом на ортопедическом столе осуществить репозицию. Произвести рент- генологический контроль за стоянием костных отломков. Затем приступить к закрытому (вне- суставному) остеосинтезу трехлопастным гвоздем. Линейным разрезом обнажить подвертельную область бедра, У основания большого вертела долотом сделать насечки. В этом месте вбить 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика?</p>	<p>трехлопастный гвоздь под телерентгенологическим контролем. Гвоздь должен пройти по середине шейки бедра в центр головки до кортикального слоя. Через 3—4 недели больной должен ходить на костылях без нагрузки на больную ногу. Нагрузку на больную ногу разрешить через 5-6 месяцев. Гвоздь удалить через 1 год после операции.</p>		
12	<p>Мальчик 7 лет залез на дерево, сел на одну из веток и, воображая себя всадником, подпрыгивал. Ветка обломилась, и ребенок упал с высоты около 3 м. Основная сила удара пришлась на левую ногу. Мальчик какое-то время лежал под деревом, самостоятельно подняться не мог. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре левое бедро припухшее, деформировано, ось его искривлена. Ощупывание места травмы болезненно. Появилась патологическая подвижность в средней трети бедра. Ребенок не может поднять левую ногу. Чувствительность и двигательная функция стопы сохранены в полном объеме. Пульс на</p>	<p>1. Перелом левого бедра в средней трети. 2. Сделать рентгенографию левого бедра. 3. Произвести анестезию места перелома раствором новокаина. Наложить скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости. Уложить ногу на шину Белера. Через 1 месяц вытяжение снять и наложить гипсовую повязку на 2 месяца. Затем можно разрешить легкую нагрузку на больную ногу.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>периферических артериях сохранен.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 			
13	<p>Строитель 44 лет во время работы упал с 3-го этажа на строительный мусор. Ушиб правую ногу. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре правое бедро укорочено и деформировано в средней трети. Пальпация этой области болезненна. Определяется патологическая подвижность в месте травмы. Самостоятельно поднять выпрямленную ногу больной не может. По передненаружной поверхности правого бедра в средней трети имеются три раны 2 х 4 см.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Ваша тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Открытый поперечно-оскольчатый перелом средней трети правого бедра. 2. Для выяснения характера перелома и смещения костных отломков необходимо сделать рентгенографию правого бедра. 3. Произвести первичную хирургическую обработку ран. Репозицию и фиксацию костных отломков осуществить с помощью скелетного вытяжения за мышелки бедренной кости сроком на 2 месяца. Нogu уложить на шину Белера. После снятия скелетного вытяжения наложить кокситную гипсовую повязку. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
14	<p>Молодой человек упал и ударился левым локтевым суставом о твердый предмет, при этом рука</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом левого локтевого отростка со смещением. 2. Для уточнения 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>была согнута. Обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левая рука выпрямлена, свисает. Больной щадит ее, придерживая здоровой рукой. Локтевой сустав увеличен в объеме, по задней поверхности определяется припухлость. Пальпация сустава болезненна, боль особенно усиливается при надавливании на локтевой отросток. Между отростком и локтевой костью прощупывается поперечная щель. Локтевой отросток смещается в боковых направлениях. Пассивные движения в локтевом суставе свободны, но болезненны. Активное разгибание невозможно, а сгибание сохранено, но болезненно.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>диагноза и характера смещения отломков необходимо сделать рентгенографию левого локтевого сустава. На рентгенограмме выявлен диастаз между костными отломками около 5 мм.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Необходимо освободить полость сустава от излившейся крови, т. е. произвести пункцию локтевого сустава. Затем наложить гипсовую лонгету по задней поверхности руки от головок пястных костей до верхней трети плеча. Предплечье должно находиться в среднем положении между супинацией и пронацией. Локоть согнуть под углом 100-110°. Иммобилизацию осуществлять в течение 3-4 недель. После консолидации костных отломков назначить лечебную физкультуру, массаж, парафин, УВЧ-терапию. 		
15	<p>Подросток во время игры упал, выставив вперед правую руку. Нагрузка прошла по оси конечности, он почувствовал сильную боль в локтевом суставе. Обратился в травматологический пункт. Объективно: в локтевой ямке отмечается припухлость, локальная</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом венечного отростка правой локтевой кости. 2. Для уточнения диагноза и характера смещения отломков необходимо сделать рентгенографию правого локтевого сустава. 3. Лечение 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>болезненность при надавливании на венечный отросток локтевой кости. Максимальное сгибание в локтевом суставе ограничено и резко болезненно. Пронация и супинация не нарушены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>консервативное. Руку согнуть в локтевом суставе под углом 70-80° и зафиксировать гипсовой лонгетой по задней поверхности от головок пястных костей до верхней трети плеча на 3-4 недели. Предплечье при этом должно находиться в среднем положении между пронацией и супинацией. После сращения костных отломков приступить к восстановлению движений в суставе.</p>		
16	<p>Молодой человек, защищаясь от удара палкой, поднял над головой левую руку, согнутую в локтевом суставе. Удар пришелся по верхней трети предплечья. Появились сильные боли в месте травмы. Пострадавший обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левое предплечье согнуто в локтевом суставе, в верхней трети деформировано, имеется западение со стороны локтевой кости и выпячивание по передней поверхности предплечья. По ладонной поверхности локтевого сустава прощупывается головка</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом верхней трети локтевой кости с вывихом головки лучевой кости левого предплечья (перелом Монтеджи). 2. Сделать рентгенографию левого локтевого сустава. 3. Вправить вывихнутую головку лучевой кости и сопоставить отломки локтевой. Предварительно осуществить местную анестезию 2 % раствором новокаина. Анестетик ввести в 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>лучевой кости. Пальпация деформированной области резко болезненна. Поврежденное предплечье несколько укорочено. Активные и пассивные движения предплечья резко ограничены и болезненны. Чувствительность кисти и предплечья не нарушена.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>область перелома и вывиха. Затем произвести репозицию ручным способом или с помощью аппарата. Руку пациента согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Первый помощник осуществляет тягу за кисть, а второй — противотягу за плечо. Предплечье находится в положении полной супинации. Сначала необходимо вправить вывих, а затем сопоставить костные отломки. После завершения репозиции наложить циркулярную гипсовую повязку от основания пальцев до верхней трети плеча. Локтевой сустав находится под углом 60°. В таком положении руку удерживают 4-5 недель, а затем гипсовую повязку снять, конечность разогнуть до прямого угла, предплечью придать среднее положение между супинацией и пронацией и снова загипсовать на 4-5 недель. В случае неэффективности консервативного метода вправления показано оператив-</p>		
--	---	---	--	--

		ное лечение.		
17	<p>Мужчина разгружал пиломатериалы. При неосторожных действиях деревянный брус свалился с машины и ударил его по левому предплечью. Пострадавший обратился в травматологический пункт. Объективно: в месте ушиба (на наружно ладонной поверхности нижней трети левого предплечья) имеется подкожная гематома. Пальпация места травмы болезненна, определяется крепитация костных отломков. При нагрузке по оси предплечья появляется боль в месте травмы. Пронация и супинация затруднены, попытка произвести эти движения вызывает резкую боль. Сгибание и разгибание предплечья почти не ограничены. Дистальная часть предплечья и кисть находятся в положении пронации.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом диафиза лучевой кости в нижней трети левого предплечья. 2. Для подтверждения диагноза и выяснения характера смещения костных отломков необходимо сделать рентгенографию левого предплечья. 3. В место перелома ввести 2 % раствор новокаина. После того как мышцы расслабятся, произвести репозицию ручным способом с помощью двух помощников. Если костные отломки хорошо сопоставлены (о чем можно судить по контрольным рентгенограммам), следует наложить циркулярную гипсовую повязку, от пястно-фаланговых суставов до верхней трети плеча на 5-6 недель. Предплечью необходимо придать среднее положение между пронацией и супинацией, а локтевой сустав согнуть под прямым углом. Если 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

		<p>консервативным методом костные отломки сопоставить не удалось, следует прибегнуть к оперативному лечению.</p>		
18	<p>Молодой человек получил удар ногой по правому предплечью. В тот же день обратился за помощью в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре нижняя треть правого предплечья деформирована, отечна, головка локтевой кости выступает над лучезапястным суставом. Пальпация болезненна в месте перелома лучевой кости, определяется симптом «клавиши» вывихнутой головки локтевой кости. Пронация и супинация невозможны из-за сильной боли. Сгибание и разгибание в локтевом суставе сохранены в полном объеме. Нагрузка по оси предплечья болезненна.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом диафиза лучевой кости в нижней трети и вывих головки локтевой кости правого предплечья (перелом Галеацци). 2. Сделать рентгенографию правого предплечья. 3. Произвести местную анестезию 1 % раствором новокаина области перелома и вывиха. После полного расслабления мышц предплечья, сопоставить костные отломки лучевой кости и вправить вывихнутую головку локтевой кости. Произвести рентгенологический контроль правильности стояния костных фрагментов. Наложить циркулярную гипсовую повязку от пястно-фаланговых сочленений до средней трети плеча на 8-10 недель. Предплечье согнуть в локтевом 	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

		<p>суставе под прямым углом и установить в среднем положении между супинацией и пронацией. Если консервативный метод окажется безрезультатным, необходимо оперативное лечение.</p>		
19	<p>Женщина упала с лестницы, выставив вперед выпрямленную в локте левую руку. Сразу после травмы почувствовала сильную боль в локтевом суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: наружная поверхность левого локтевого сустава отечна, имеется небольшая гематома, пальпация головки лучевой кости болезненна. Ротационные движения предплечья резко ограничены и болезненны, особенно ротация наружу. Сгибание и разгибание в локтевом суставе сохранены, но не в полном объеме. Нагрузка по оси предплечья болезненна в области головки лучевой кости.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом головки и шейки лучевой кости левого предплечья без смещения. 2. Сделать рентгенографию левого локтевого сустава. 3. Пунктировать полость сустава и удалить излившуюся кровь. В области головки лучевой кости в сустав ввести 10 мл 1 % раствора новокаина. Наложить гипсовую лонгету по задней поверхности руки от головок пястных костей до верхней трети плеча. Локтевой сустав согнуть под прямым углом. Предплечье установить в среднем положении между супинацией и пронацией. Срок иммобилизации 2-3 недели. После 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

		<p>снятия лонгеты больному назначить функциональное и физиотерапевтическое лечение, рекомендовать дозированное сгибание, разгибание и ротацию предплечья.</p>		
20	<p>Пожилая женщина спускалась по лестнице в плохо освещенном подъезде. Оступилась и упала, выставив вперед разогнутую в локтевом суставе левую руку. Удар пришелся по оси предплечья. Почувствовала резкую боль в предплечье. Обратилась в травматологическое отделение больницы. При осмотре: левое предплечье отечно и деформировано. Пальпация его болезненна на всем протяжении, особенно в месте перелома. Определяются патологическая подвижность костей предплечья и крепитация. Нагрузка по оси предплечья усиливает боль в месте травмы. Двигательная функция предплечья (пронация, супинация) резко нарушена. Головка лучевой кости не следует за вращательным движением предплечья. Из-за более ограничены активные сгибательно-разгибательные движения в локтевом и лучезапястном суставах.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диафизарный перелом лучевой кости в средней трети и локтевой кости в нижней трети левого предплечья. 2. Сделать рентгенографию костей левого предплечья. 3. В область каждого перелома ввести по 10 мл 2 % раствор новокаина. Руку согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Предплечье установить в среднем положении между супинацией и пронацией, (I палец направлен вверх). Кисть установить в положение тыльного сгибания. В таком положении осторожно, чтобы не произошло смещение отломков, наложить циркулярную гипсовую повязку от основания пальцев до средней 	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	<p>1. Ваш диагноз?</p> <p>2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?</p> <p>3. Какова тактика?</p>	<p>трети плеча. После наложения гипсовой повязки необходимо сделать контрольную рентгенографию (убедиться, что костные отломки не сместились). Срок иммобилизации — 8—10 недель. После снятия гипсовой повязки назначить физиотерапевтические процедуры и дозированные движения в локтевом суставе.</p>		
21	<p>Немолодой мужчина поднял двухпудовую гирию. Когда выпрямленная правая рука с гирей была над головой, он не смог зафиксировать ее в этом положении. Гирия по инерции стала тянуть руку назад. В плечевом суставе что-то хрустнуло, появились сильные боли и он вынужден был бросить гирию. После этой травмы плечевой сустав принял необычный вид. Пациент обратился в травматологический пункт. При осмотре правая рука согнута в локтевом суставе, несколько отведена от туловища и больной придерживает ее за предплечье здоровой рукой. Плечевой сустав деформирован. Округлость плеча у</p>	<p>1. Передний вывих головки правой плечевой кости.</p> <p>2. Для подтверждения диагноза назначить рентгенографию правого лучевого сустава.</p> <p>3. Для успешного вправления необходимо обезболивание. Кожу в области плечевого сустава обработать этиловым спиртом и 5 % настойкой йода или раствором йодоната. Тонкой иглой сделать «лимонную корочку» 1 % раствором новокаина, а затем в полость сустава</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>дельтовидной мышцы исчезла. Отчетливо выступает край акромиального отростка лопатки, а ниже — запустевшая суставная впадина. Под клювовидным отростком определяется шаровидное выпячивание. Активные движения в плечевом суставе невозможны. Пассивные движения очень болезненны. Отмечается пружинистое сопротивление плеча — симптом «клавиши».</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>ввести длинной иглой 40-50 мл 1 % раствора новокаина. Выждать 10 мин, когда наступит анестезия, и после этого вправить плечевую кость одним из способов (Кохера, Купера, Гиппократы, Джанелидзе). Успешное вправление зависит и от больного — насколько он расслабил мышцы. Для этого с пациентом необходимо провести беседу. После вправления необходимо сделать контрольный рентгеновский снимок и осуществить иммобилизацию.</p>		
22	<p>Пожилая женщина упала на правую руку, согнутую в локтевом суставе. Ударилась локтем о твердый предмет. Почувствовала сильную боль в плечевом суставе. Обратилась за помощью в травматологическое отделение больницы. Объективно: пострадавшая поддерживает правую</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом хирургической шейки правой плечевой кости со смещением. 2. Сделать рентгенографию правого плечевого сустава. На рентгенограмме выявлено аддукционное смещение. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>руку, согнутую в локте и прижатую к туловищу, здоровой рукой. Плечевой сустав увеличен в объеме. Активные движения в плечевом суставе невозможны, пассивные — резко болезненны. Ось плеча изменена, идет косо. Поврежденное место укорочено. Пальпация верхней трети плеча и нагрузка по оси плечевой кости болезненны в месте травмы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Ваша тактика? 	<p>Для сопоставления костных отломков руку уложить на отводящую шину с вытяжением за локтевой отросток. Величину угла отведения следует определить по рентгенограмме. Необходимо, чтобы периферический отломок стоял по одной линии с центральным, а плечо ротировано кнаружи. С 5-го дня рекомендовать движения в локтевом суставе. Через 3-4 недели вытяжение снять и разрешить движения в плечевом суставе, а через 5-6 недель снять и отводящую шину</p>		
23	<p>Пожилой человек ударился в автобусе левым плечом о металлическую стойку. Почувствовал сильную боль в месте травмы. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: область плечевого сустава припухшая, имеется локальная болезненность при надавливании на большой бугорок. Плечо повернуто внутрь и ротация его наружу затруднена. Движения в плечевом суставе ограничены и болезненны.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Ваша тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом большого бугорка левой плечевой кости без смещения. 2. Сделать рентгенографию левого плечевого сустава. 3. Поврежденную руку уложить на клиновидную подушку и произвести иммобилизацию косыночной повязкой на 2-3 недели. Перед фиксацией произвести обезболивание введением 20-25 мл 1% раствора новокаина в место травмы. После снятия фиксирующей 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

		повязки назначить лечебную физкультуру, массаж, УВЧ- терапию.		
24	<p>Подросток 15 лет при падении ударился правым плечом о металлическую перекладину. В результате ушиба появились сильные боли в правой руке. Пострадавший обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре: пациент старается прижать поврежденную руку к туловищу. В средней трети правого плеча припухлость, деформация. При пальпации определяется резкая локальная болезненность и крепитация костных отломков. Появилась патологическая подвижность в месте травмы. Двигательная функция плеча нарушена. При нагрузке по оси плечевой кости появляется резкая боль в средней трети сегмента. Лучевой нерв не поврежден, функция кисти сохранена в полном объеме.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом правой плечевой кости в средней трети со смещением. 2. Сделать рентгенографию правого плеча. 3. Произвести анестезию места перелома введением 20 мл 1 % раствора новокаина в гематому. Перед введением новокаина кожу в области перелома обработать этиловым спиртом и 5 % настойкой йода. Наложить грудную часть торакобрахиальной гипсовой повязки. Для поврежденной руки подготовить лонгету. Сопоставить костные отломки, т. е. осуществить закрытую репозицию. Периферический отломок необходимо установить по оси центрального, чтобы оба отломка были в одной плоскости. Плечо следует отвести от туловища на 60° и вывести вперед от фронтальной плоскости на 30- 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

		<p>40°, руку согнуть в локтевом суставе под прямым углом. После репозиции наложить гипсовую повязку на руку и соединить ее с повязкой на туловище. Сделать контрольную рентгенографию. Имобилизацию осуществляют 6-8 недель. После снятия гипса назначают ЛФК, массаж, физиотерапию.</p>		
25	<p>Девушка 18 лет упала на согнутую в локтевом суставе левую руку и ударила локтем о землю. Почувствовала резкую боль в локтевом суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: на задней поверхности левого плеча в нижней трети имеется подкожная гематома. Предплечье кажется удлинненным, ось плеча отклонена кпереди. Задняя поверхность плеча образует дугу, обращенную выпуклостью в дорсальную сторону. Сзади над локтевым отростком пальпируется конец центрального отломка. Отмечается значительная припухлость локтевого сустава и резкая болезненность при попытке произвести движения. Определяется крепитация костных отломков при пальпации. Ось плеча пересекает ли-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Надмыщелковый сгибательный перелом левой плечевой кости со смещением. 2. Сделать рентгенографию левого локтевого сустава. 3. Вправление отломков необходимо производить при надежном обезболивании, лучше под наркозом. Репозицию осуществляют вместе с помощником. После сопоставления костных отломков следует сделать контрольную рентгенографию и наложить глубокую заднюю гипсовую лонгету от пястно-фаланговых сочле- 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>нию надмышцелков, образуя острый и тупой углы вместо двух прямых (симптом Маркса). Треугольник, образованный верхушкой локтевого отростка и надмышцелками плечевой кости (треугольник Гютера), сохраняет равнобедренность. Чувствительность и двигательная функция пальцев кисти сохранены в полном объеме. Пульс в нижней трети предплечья определяется.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 4. Для чего в задаче даны сведения о пульсе и функции кисти? 	<p>нений до плечевого сустава. Локоть должен быть разогнут до угла 140°. Через 3-4 недели гипсовую повязку снимают и больной приступает к разработке локтевого сустава. Массаж сустава противопоказан.</p> <p>4. При переломе плечевой кости отломок может сдавливать сосудисто-нервный пучок. Если своевременно не устранить сдавление сосудисто-нервного пучка, что достигается только путем хорошего сопоставления отломков, то возможно развитие ишемической контрактуры Фолькмана, характеризующейся перерождением и сморщиванием мышц предплечья, прежде всего глубокого сгибателя пальцев.</p>		
26	<p>Подросток 14 лет играл в волейбол. Принимая мяч, упал на левую кисть при разогнутом локтевом суставе и отведенной руке. Почувствовал сильную боль в локтевом суставе. Обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре левый локтевой сустав</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом наружного мыщелка левой плечевой кости без смещения. 2. Сделать рентгенографию левого и правого локтевых суставов для сравнения. 3. Наложить 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>увеличен в объеме из-за отека и гемартроза, контуры его сглажены. Равнобедренность треугольника Гютера нарушена. Движения в локтевом суставе болезненны и ограничены, особенно резкая болезненность появляется при ротации плеча. Пальпация области наружного мыщелка болезненна, определяется крепитация костных отломков. Ось плеча пересекается с линией мыщелков не под прямым углом (положительный симптом Маркса).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>гипсовую лонгету по задней поверхности левой руки от пястно-фаланговых сочленений до плечевого сустава. Локтевой сустав согнуть под прямым углом. Предплечье при этом должно находиться в среднем положении между супинацией и пронацией. Срок иммобилизации — 3 недели. Затем назначить лечебную физкультуру, физиотерапию.</p>		
27	<p>Молодой человек попытался поднять большой груз. Почувствовал треск и сильную боль в правом плечевом суставе. Первые 2 дня после травмы за медицинской помощью не обращался, и только на 3-й день обратился в травматологический пункт. Объективно: на передней поверхности правого плеча в верхней трети появился кровоподтек, сила двуглавой мышцы снижена. Функция локтевого и плечевого суставов не нарушена. При сгибании предплечья в локтевом суставе появляется выпячивание</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы правого плеча. 2. Лечение оперативное. Поврежденное сухожилие длинной головки двуглавой мышцы фиксируют к акромиальному отростку лопатки по методу Лаврова. После операции руку фиксируют повязкой Дезо на 2 недели, а затем накладывают косыночную повязку еще на 2 недели. В 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>шаровидной формы на передненаружной поверхности плеча величиной с куриное яйцо. При разгибании предплечья это образование исчезает. С помощью ощупывания выяснилось, что это образование относится к длинной головке двуглавой мышцы плеча.</p> <p>1. Ваш диагноз? 2. Какова тактика?</p>	<p>дальнейшем необходимо назначить лечебную физкультуру, массаж, тепловые процедуры.</p>		
28	<p>Мужчина средних лет нес в правой руке груз, оступился и упал на правое плечо. Сильный удар пришелся на область плечевого сустава, максимально опущенного в это время вниз под тяжестью груза. Мужчина почувствовал сильную боль в области надплечья. Через сутки обратился в травматологическое отделение больницы. При сравнительном осмотре здорового и поврежденного надплечья правое отечно, наружный (акромиальный) конец ключицы ступенеобразно выпячивается. Отмечается локальная болезненность в ключично-акромиальном сочленении. Движения в плечевом суставе, особенно отведение и поднятие плеча вверх, ограничены и болезненны. При надавливании на акромиальный конец ключицы она опускается, после прекращения давления она вновь поднимается — пружинящая подвижность</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вывих акромиального конца правой ключицы. 2. Сделать рентгенографию правого и левого надплечий для сравнения. 3. Закрытое вправление вывихнутого акромиального конца ключицы и удержание его до сращения связок гипсовой повязкой с пелотом, слишком часто оказывается не эффективным. Чтобы пострадавшие не теряли 5-6 недель жизни, лучше произвести открытую репозицию и остеосинтез АКС по Ли-Гольдману или Беннелю. Больной находится под наркозом. Доступ к суставу получить после 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>ключицы (симптом «клавиши»).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>дугобразного разреза. Удалить интерпонирующие ткани. Просверлить одно отверстие в акромиальном отростке лопатки и два в дистальном конце ключицы. Через эти отверстия и клювовидный отросток лопатки провести толстую лавсановую нить. Ключицу вправить, а концы нити подтянуть и плотно завязать на два узла. Сверху сшить мягкие ткани. Руку зафиксировать торакобрахиальной повязкой так же, как и при консервативном лечении. Через 4—5 недель повязку снять и назначить ЛФК, массаж, физиотерапию.</p>		
29	<p>Молодому мужчине во время драки заломили назад левую руку и резко дернули ее вниз. Он почувствовал, как что-то хрустнуло в области грудины. Появились сильные боли. Пострадавший обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре отмечается припухлость в области левого ключично-грудинного сустава, грудинноключичнососцевидная мышца слева натянута. Движения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вывих грудинного конца левой ключицы. 2. Сделать рентгенографию левого и правого грудино-ключичных суставов для сравнения. 3. Произвести местную анестезию 1 % раствором новокаина. Вправить вывих грудинного конца ключицы. Наложить 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>головой ограничены и болезненны, особенно при запрокидывании назад и повороте в здоровую сторону. При пальпации определяется запустевшая суставная впадина на груди и выступающий под кожей стернальный конец ключицы. Подъем и отведение левого плеча болезненны. При движении плеча выступающий стернальный конец ключицы легко смещается.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>торакобрахиальную гипсовую повязку на 4-5 недель. После снятия повязки назначить ЛФК, массаж, физиотерапию. В случае неэффективности консервативного лечения необходимо осуществить оперативное вмешательство — сшить стернальный конец ключицы с грудиной. Наиболее простым и эффективным является способ Марксера.</p>		
30	<p>Подросток упал с качелей и ударился наружной поверхностью «правого плечевого сустава» о землю. Появились сильные боли в области ключицы. Обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре отмечается деформация правой ключицы, правое надплечье укорочено и опущено ниже левого. Здоровой рукой пациент придерживает поврежденную руку за предплечье, согнутую в локтевом суставе, прижимает ее к туловищу. Область правой ключицы отечна. При пальпации появляется резкая болезненность и удается определить концы отломков. Движения в</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом правой ключицы со смещением. 2. Сделать рентгенографию правой ключицы. 3. В место перелома ввести 15—20 мл 2 % раствора новокаина. После анестезии осуществить репозицию костных отломков. Для этого больного нужно усадить на стул. Помощник встает сзади больного и обеими руками разводит его надплечья так, чтобы внутренние края лопаток приблизились к позвоночнику. Хирург в это время 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>правом плечевом суставе болезненны, особенно при попытке поднять и отвести руку.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>большим пальцем медленно и осторожно надавливает на вершину угла, образованного отломками ключицы. После устранения смещения отломков следует наложить фиксирующую гипсовую повязку Смирнова — Вайнштейна. Она состоит из двух гипсовых полос. Одна из них охватывает предплечье поврежденной конечности и здоровое надплечье, вторая окружает грудную клетку и фиксирует отведенное назад плечо. Срок гипсовой иммобилизации — 4-5 недель. После снятия гипсовой повязки сделать контрольную рентгенографию и назначить ЛФК, массаж, физиотерапию.</p>		
31	<p>Немолодой мужчина разгружал машину с овощами. Споткнулся и упал на спину вместе с ящиком. Ударился правой лопаткой о валявшийся на земле кирпич. Почувствовал сильную боль в области травмы. Обратился в трав-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом тела правой лопатки без смещения. 2. Сделать рентгенографию правой лопатки. 3. В область перелома ввести 15—20 мл 2 % раствора новокаина. Правую 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>матологический пункт. При осмотре правой лопатки отмечается припухлость, вызванная кровоизлиянием, крепитация и локальная болезненность при пальпации. Активное отведение правого плеча ограничено из-за болей, пассивные движения возможны в значительных пределах.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>руку зафиксировать к туловищу повязкой Дезо на 2 недели, а затем бинтовую повязку заменить косыночной. С этого времени начать массаж мышц плеча, надплечья и предплечья, лечебную физкультуру, тепловые процедуры.</p>		
32	<p>Подросток упал с качелей и ударился наружной поверхностью «правого плечевого сустава» о землю. Появились сильные боли в области ключицы. Обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре отмечается деформация правой ключицы, правое надплечье укорочено и опущено ниже левого. Здоровой рукой пациент придерживает поврежденную руку за предплечье, согнутую в локтевом суставе, прижимает ее к туловищу. Область правой ключицы отечна. При пальпации появляется резкая болезненность и удается определить концы отломков. Движения в правом плечевом суставе болезненны, особенно при попытке поднять и</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом правой ключицы со смещением. 2. Сделать рентгенографию правой ключицы. 3. В место перелома ввести 15—20 мл 2 % раствора новокаина. После анестезии осуществить репозицию костных отломков. Для этого больного нужно усадить на стул. Помощник встает сзади больного и обеими руками разводит его надплечья так, чтобы внутренние края лопаток приблизились к позвоночнику. Хирург в это время большим пальцем медленно и осторожно 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>отвести руку.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>надавливает на вершину угла, образованного отломками ключицы. После устранения смещения отломков следует наложить фиксирующую гипсовую повязку Смирнова—Вайнштейна. Она состоит из двух гипсовых полос. Одна из них охватывает предплечье поврежденной конечности и здоровое надплечье, вторая окружает грудную клетку и фиксирует отведенное назад плечо. Срок гипсовой иммобилизации — 4-5 недель. После снятия гипсовой повязки сделать контрольную рентгенографию и назначить ЛФК, массаж, физиотерапию.</p>		
33	<p>Немолодой мужчина разгружал машину с овощами. Споткнулся и упал на спину вместе с ящиком. Ударился правой лопаткой о валявшийся на земле кирпич. Почувствовал сильную боль в области травмы. Обратился в травматологический пункт. При осмотре правой лопатки отмечается</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом тела правой лопатки без смещения. 2. Сделать рентгенографию правой лопатки. 3. В область перелома ввести 15—20 мл 2 % раствора новокаина. Правую руку зафиксировать к туловищу повязкой 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>припухлость, вызванная кровоизлиянием, крепитация и локальная болезненность при пальпации. Активное отведение правого плеча ограничено из-за болей, пассивные движения возможны в значительных пределах.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>Дезо на 2 недели, а затем бинтовую повязку заменить косыночной. С этого времени начать массаж мышц плеча, надплечья и предплечья, лечебную физкультуру, тепловые процедуры.</p>		
34	<p>Водитель легкового автомобиля резко затормозил перед близко идущим пешеходом. В результате он сильно ударился грудной клеткой о рулевое колесо. Обратился в травматологическое отделение больницы. Пострадавший жалуется на сильные боли в месте травмы, возрастающие при глубоком вдохе, кашле и ощупывании. Пациент сидит в вынужденной позе неподвижно, наклонив туловище вперед, сутулится, часто и поверхностно дышит. Грудина болезненная, имеет ступенчатую деформацию (тело грудины смещено назад), особенно заметную при пальпации.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перелом грудины со смещением. 2. Сделать рентгенографию грудины. 3. В область перелома ввести 15-20 мл 1% раствор новокаина. Для вправления отломков необходимо осуществить реклинацию. Больного уложить на спину на жесткую кровать, между лопаток подложить валик. В результате длительного переразгибания костные отломки самостоятельно вправятся. Спустя несколько дней, когда боли стихнут, пациенту назначить дыхательную гимнастику. Постельный режим с реклинатором 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>выполнить?</p> <p>3. Какова тактика?</p>	<p>выдержать 3 недели. Затем сделать контрольный рентгеновский снимок, и больному можно разрешить вставить.</p>		
35	<p>Немолодой мужчина обратился в травматологический пункт с жалобой на боли в правой кисти. Травма произошла на работе: упала металлическая деталь и ушибла тыльную поверхность кисти. Объективно: на тыльной поверхности правой кисти имеется подкожная багрово-синюшная гематома округлой формы размером 4x5 см. Из-за отека не мог полностью сжать пальцы в кулак. Кожные покровы в области травмы не повреждены. Определяется флюктуация.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какое нужно назначить лечение? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ушиб тыльной поверхности правой кисти. 2. Для исключения перелома необходимо сделать рентгенографию правой кисти. 3. После соответствующей обработки кожи тыльной поверхности кисти антисептиком флюктуирующую гематому пропунктировать стерильной толстой иглой и удалить кровь. После пункции наложить давящую асептическую повязку. В дальнейшем на тыльную поверхность кисти накладывать полуспиртовые компрессы и повязки с мазью Вишневского. Назначить УФЧ-терапию, лечебную физкультуру. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
36	<p>Молодой человек обратился в травматологический пункт</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ушиб ладонной поверхности левой кисти. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>с жалобой на боли в области левой кисти. Больного сильно ударили тяжелым тупым металлическим предметом по ладони. При осмотре ладонная поверхность левой кисти отечная, болезненная при ощупывании, пальцы в полусогнутом положении, движения ограничены. Не может полностью сжать пальцы в кулак. Кожные покровы кисти не повреждены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика лечения? 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Для исключения перелома сделать рентгенографию кисти. 3. Пострадавшему в течение первых суток следует постоянно прикладывать холод (пузырь со льдом). Кисть иммобилизовать тыльной гипсовой лонгетой от кончиков пальцев до середины предплечья. Пальцам придать полусогнутое положение. Кисть подвесить на косынке. Руку согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Назначить обезболивающие средства (анальгин, баралгин). Со 2-х суток назначить тепловые процедуры (теплую ванночку, грелку, электрогрелку) и спирто-масляные компрессы на ладонь. В дальнейшем проводить пассивную и активную гимнастику для пальцев, УВЧ-терапию. 		
37	<p>Девушка обратилась в травматологический пункт с просьбой снять кольцо с пальца, которое доставляет большие неудобства. Беспокоят чувство сдавления и боль</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сдавление кольцом IV пальца левой кисти. 2. Толстую шелковую нить (№ 6 или № 8) длиной около 1,5 м провести с 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>в IV пальце левой кисти. Объективно: на основной фаланге IV пальца левой кисти плотно надето металлическое кольцо. Ниже кольца палец отечный, несколько синюшный. Из-за отека движения ограничены. Чувствительность сохранена в полном объеме.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Как снять кольцо? 	<p>помощью толстой изогнутой иглы и иглодержателя под кольцо со стороны ногтевой фаланги. Конец шелка, длиной 20-25 см, выведенный из-под кольца, удержать зажимом. Палец пациентки ниже кольца смазать вазелином. Длинный конец шелковой нити плотно намотать на палец спиральными турами, тесно прилегающими виток к витку. Витки должны идти от кольца к ногтевой фаланге, где шелк следует завязать. Короткий конец нити, удерживаемый зажимом, перегнуть через кольцо, натянуть. Раскручиваемая нить давит на кольцо и постепенно смещает его к ногтевой фаланге, где оно свободно снимется с пальца.</p>		
38	<p>Мужчина забивал гвоздь в стену и ударил молотком по ногтевой фаланге II пальца левой кисти. Обратился в травматологический пункт с жалобами на боли в месте травмы. Объективно; ногтевая фаланга II пальца отечная, болезненна при</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подногтевая гематома II пальца левой кисти. 2. С целью исключения перелома необходимо сделать рентгенограмму II пальца левой кисти. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>ощупывании. В центре ногтевой пластинки имеется подногтевая гематома багрово-синюшного цвета овальной формы размером около 1 см. Ноготь не отслаивается,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика лечения? 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Гематому удалить оперативным методом. Предварительно обработать ногтевую пластину антисептиком. Затем следует накалить на спиртовке прямую иглу, зажатую в иглодержателе. Прикасаются раскаленной иглой к ногтю и прожигают его. Из образовавшегося отверстия вытекает скопившаяся кровь. После этого у пациента уменьшается чувство распирания и быстро наступает облегчение. На палец наложить асептическую повязку. Назначить УВЧ-терапию. 		
39	<p>Подросток на занятиях по физкультуре в школе ударился правой кистью о спортивный; снаряд. Обратился в травматологический пункт. Объективно: на тыльной поверхности средней фаланги III пальца правой кисти имеется подкожная гематома. Палец отечный, болезненный при ощупывании. Сгибание ограничено. Кожные покровы не повреждены. Нагрузка по оси пальца безболезненна.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ушиб средней фаланги III пальца правой кисти. 2. С целью исключения перелома сделать рентгенографию III пальца правой кисти. 3. Для обеспечения покоя наложить на палец гипсовую лонгету. Палец при этом немного согнуть. 1-е сутки после травмы к пальцу прикладывать холод, а со 2-х — тепло 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?</p> <p>3. Какова тактика лечения?</p>	<p>(ванночки, парафин). Рекомендовать УВЧ-терапию, лечебную физкультуру.</p>		
40	<p>Мужчина средних лет упал с небольшой высоты. При падении выставил вперед левую руку. Наибольший удар пришелся на отведенный I палец. В результате падения I палец сместился в тыльную сторону и принял неестественное положение, появились сильные боли в месте травмы. Пострадавший обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре I пальца левой кисти выявлено: основная фаланга его смещена к тылу и располагается над головкой I пястной кости. Палец принял характерное штыкообразное положение: основная фаланга находится под прямым углом к пястной кости, ногтевая фаланга — под прямым углом к пястной кости, палец согнут в межфаланговом сочленении. На ладонной поверхности прощупывается головка пястной кости, на тыльной поверхности пальпируется сместившееся основание I пальца. Движения в пястно-фаланговом сочленении отсутствуют. Определяется симптом пружинящего сопротивления при по-</p>	<p>1. Вывих I пальца левой кисти в пястно-фаланговом суставе.</p> <p>2. Чтобы исключить перелом, необходимо сделать рентгенографию I пальца левой кисти, местную анестезию пястно-фалангового сустава 0,5 % раствором новокаина. Для предупреждения ущемления сесамовидных костей I палец переразгибают, доведя тыльное смещение до острого угла между пальцем и пястной костью. Затем переразогнутый палец проталкивают наружу по пястной кости, осуществляя одновременно встречное давление внутрь на головку пястной кости. Как только основание фаланги встанет на суставную поверхность головки пястной кости, вывихнутый палец сгибают и</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>пытке согнуть палец.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какое лечение следует назначить? 	<p>разгибают ногтевую фалангу. В таком положении следует наложить гипсовую лонгету на 2-3 недели.</p>		
41	<p>Молодому человеку во время драки выворачивали пальцы правой кисти. В результате III палец оказался поврежденным. Пациент в тот же день обратился в травматологический пункт. Объективно: ногтевая фаланга III пальца смещена к тылу кисти. Межфаланговый сустав отечный, деформирован, болезнен при пальпации, активные движения невозможны.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какое лечение следует назначить? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вывих ногтевой фаланги III пальца правой кисти. 2. Для исключения перелома сделать рентгенографию III пальца правой кисти. 3. Прежде чем вправлять вывих, необходимо выполнить местную анестезию 1 % раствором новокаина. Инъекцию произвести по боковой поверхности пальца. Затем осуществить тракцию ногтевой фаланги по длине и надавить на основание смещенной фаланги пальца. После вправления движения в ногтевой фаланге восстанавливаются. На палец наложить тыльную гипсовую лонгету. 	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>
42	<p>Молодому человеку в драке нанесли ножевое ранение. Повреждена тыльная поверхность левой кисти. Через 1 ч после травмы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повреждение сухожилия разгибателя II пальца левой кисти. 2. Кожу на тыльной 	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</p>

	<p>пострадавший обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре на тыльной поверхности кисти в области II пястной кости имеется резаная рана длиной около 1,5 см. В глубине раны виден периферический конец пересеченного сухожилия. Рана умеренно кровоточит. II палец, полусогнут, разогнуть его самостоятельно пациент не может.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какова тактика лечения? 	<p>поверхности левой кисти вокруг раны обработать антисептиком. Произвести местную анестезию 0,5 % раствором новокаина. Затем в глубине раны найти центральный и периферический концы сухожилия разгибателя II пальца и сшить их внутривольным швом. После этого рану на коже зашить наглухо. На место повреждения наложить асептическую повязку. С ладонной стороны наложить гипсовую лонгету. Кисть при этом должна находиться в положении тыльного сгибания, а II палец — полного разгибания. Лонгетную повязку держать 3 недели. Ввести противостолбнячную сыворотку и столбнячный анатоксин.</p>		
43	<p>Женщина стояла у закрытой двери. Внезапно дверь быстро распахнулась и ударила ее по выпрямленным напряженным пальцам левой кисти. В результате травмы ногтевая фаланга III пальца резко согнулась и как бы «повисла». В ближайшее время после</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разрыв сухожилия разгибателя III пальца левой кисти. 2. Для исключения перелома необходимо сделать рентгенографию III пальца левой кисти. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>травмы пациентка обратилась травматологический пункт. Объективно: на тыльной поверхности III пальца левой кисти в дистальном межфаланговом суставе имеется небольшой отек, при пальпации умеренно болезнен. Ногтевая фаланга согнута и самостоятельно не разгибается. Пассивные движения сохранены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Ваша тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 3. На место повреждения с ладонной поверхности наложить гипсовую лонгету. Ногтевая фаланга должна находиться в положении переразгибания. Иммобилизацию выдержать 4 недели. После снятия гипсовой лонгеты разработку дистального межфалангового сустава следует проводить осторожно. 		
44	<p>Столяр работал с электрорубанком и при неосторожных действиях III палец левой кисти попал под нож. Пострадавший обратился в травматологический пункт. Объективно: в области дистального межфалангового сустава III пальца левой кисти на ладонной поверхности глубокая резаная рана с ровными краями, обильно кровоточит. Ногтевая фаланга висит на лоскуте кожи тыльной стороны. Отмечается незначительная кровоточивость.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков диагноз? 2. Ваша тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неполная травматическая ампутация ногтевой фаланги III пальца левой кисти. 2. Осуществить местную анестезию III пальца 1 % раствором новокаина. Затем произвести тщательный осмотр и хирургическую обработку раны. Ногтевую фалангу плотно сопоставить и пришить. Наложить асептическую повязку с фурацилином или риванолом, а затем гипсовую лонгету. Ввести противостолбнячную сыворотку и 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

		столбнячный анатоксин.		
45	<p>Мужчина распиливал доску на бруски. Под пилу попала левая кисть. В результате II палец левой кисти был ампутирован. Пострадавший доставлен в травматологический пункт. Пациент бледный, возбужден. При осмотре: вместо II пальца осталась небольшая культя (половина основной фаланги). Ампутированный палец длиной 2 1/2 фаланги находился здесь же. Для остановки кровотечения на лучезапястную область наложили резиновый бинт. Рана обработана, закрыта асептической повязкой. Больной направлен в Центр микрохирургии для реплантации.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие нужно соблюсти правила при транспортировке для сохранения жизнеспособности ампутированного пальца? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматическая ампутация 2х фаланг II пальца левой кисти. 2. Правильно сохраненный палец может быть реплантирован в срок до 24 ч с момента травмы. Для этого ампутированный палец заворачивают в сухую стерильную салфетку и помещают в целый полиэтиленовый пакет. Пакет герметично завязывают и кладут в другой полиэтиленовый пакет, наполненный льдом или снегом. Его также плотно завязывают и заворачивают в теплоизоляционный материал (поролон, вата, шерстяной платок). В таком виде палец доставляют в Центр микрохирургии для реплантации. Не погружать ампутированный палец в антисептический раствор, холодную воду, не замораживать. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5
46	Мужчина, защищаясь от	1. Рассечение	ТК	УК-1,

	<p>ножевого удара. схватил нож правой рукой за лезвие. Нападавший с силой выдернул его из руки обороняющегося. В результате на ладонной поверхности правой кисти пострадавшего образовалась глубокая рана. Пациент обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре правой кисти на ладонной поверхности глубокая поперечная резаная рана длиной 4 см с ровными краями и выраженным кровотечением. В глубине раны, в области III пальца, виден периферический конец сухожилия, центрального конца в ране нет. III палец разогнут и активных сгибаний концевой и средней фаланг нет. При пассивном сгибании палец вновь самостоятельно разгибается. Чувствительность сохранена.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какова тактика? 	<p>поверхностного и глубокого сухожилия сгибателя III пальца правой кисти.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Кожу вокруг раны обработать антисептиком (новосепт, йодонат, хлоргексидин). Осуществить местную анестезию 0,5 % раствором новокаина. Рану промыть фурацилином, риванолом или перекисью водорода. Найти в глубине раны концы сухожилий сгибателей (поверхностного и глубокого) и сшить их тонким шелком внутри-ствольным (неснимаемым) швом. Края кожной раны сблизить и наглухо зашить. После операции кисть и нижнюю треть предплечья фиксировать тыльной гипсовой лонгетой в среднем физиологическом положении пальцев и кисти. Необходимо сделать прививку от столбняка. В течение первых 6-8 дней назначить УВЧ-терапию для уменьшения отека и болевого синдрома. 	ГИА	ПК-2, ПК-5
47	Мужчина разгружал	1. Закрытый перелом	ТК	УК-1,

	<p>строительный материал на стройке. Тяжелый деревянный брус сорвался и ударил его по тыльной поверхности правой кисти. Пациент обратился за медицинской помощью в травматологический пункт. Объективно: тыльная поверхность правой кисти припухшая, болезненная при пальпации. В области III пястной кости подкожная гематома. При нагрузке по оси III пальца боль отдает в область травмы. Движения пальцев болезненны и умеренно ограничены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>III пястной кости правой кисти без смещения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Уточнить характер перелома на рентгенограмме 3. Кисть необходимо зафиксировать в среднем физиологическом положении гипсовой лонгетой от верхней трети предплечья до кончиков пальцев на 3-4 недели. 	ГИА	ПК-2, ПК-5
48	<p>Подростка в драке ударили палкой по левой кисти. Удар пришелся ниже основания I пальца. Через 1 ч после травмы пострадавший обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре левой кисти область пястной кости отечна. Контуры «анатомической табакерки» сглажены. I палец приведен и несколько согнут. Отмечается характерная деформация, обусловленная смещением отломков. Определяется резкая болезненность при нагрузке по оси I пальца. Активные и пассивные</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Закрытый внесуставной перелом I пястной кости левой кисти со смещением. 2. Для уточнения характера перелома и смещения костных отломков необходимо сделать рентгенографию пястных костей. 3. Затем следует произвести репозицию I пястной кости. Перед этим необходимо провести местную анестезию 1 % раствором 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>движения I пальца ограничены и болезненны.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? 3. Какова тактика? 	<p>новокаина. После этого выполнить тракцию по длине I пальца с максимальным отведением его в сторону. В таком положении на кисть наложить гипсовую лонгетно-циркулярную повязку на 4-5 недель. Гипсовая повязка должна захватывать I палец и заканчиваться на верхней трети предплечья.</p>		
49	<p>Пожилой мужчина при падении ударился левой кистью о выступающий твердый предмет. В результате травмы появились сильные боли в области V пястной кости. Обратился в травматологический пункт. Объективно: тыльная поверхность левой кисти в месте ушиба отечна, имеется небольшая подкожная гематома. Движения V пальца возможны, но болезненны. При нагрузке по оси V пальца боль усиливается в пястной кости. Определяется угловое смещение костных отломков V пястной кости в донную сторону.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Что необходимо сделать для уточнения 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Закрытый перелом V пястной кости левой кисти со смещением. 2. Для уточнения характера перелома и смещения костных отломков необходимо сделать рентгенографию левой кисти. 3. Затем осуществить местную анестезию 1 % раствором новокаина. Лекарство ввести в место перелома тонкой иглой. После этого произвести репозицию костных отломков путем давления на вершину угла, образованного смещенными отломками, с одновременным давлением на 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

	<p>диагноза? 3. Какова тактика?</p>	<p>головку пястной кости в противоположном направлении. После репозиции наложить гипсовую лонгету от средней фаланги до средней трети предплечья сроком на 3-4 недели.</p>		
50	<p>Мужчина делал в квартире ремонт. Пробивал пробойником бетонную стену. Молотком случайно ударил по ногтевой фаланге I пальца левой кисти. Обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре I пальца ногтевая фаланга отечная, болезненная при пальпации. Движения в пальце ограничены. Под ногтевой пластинкой имеется гематома. Нагрузка по оси пальца болезненна. Захватывание пальцем каких-либо предметов невозможно из-за болей.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз? 2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза? 3. Какова тактика?</p>	<p>1. Закрытый перелом концевой фаланги и подногтевая гематома I пальца левой кисти. 2. Произвести рентгенографию I пальца левой кисти. 3. Пунктировать подногтевую гематому. Осуществить иммобилизацию поврежденного пальца в полусогнутом положении на 2-3 недели. Для фиксации применить проволочную шину, которую моделировать по пальцу.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-2, ПК-5</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: 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

Практические навыки

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1	Транспортная иммобилизация Выполнение транспортной иммобилизации при переломах бедра шиной ШВ-09 комплекта КШВТв-01	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-9
2	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах верхней конечности шиной ШВ-07 комплекта КШВТв-01	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-6
3	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах голени шиной ШВ-08 комплекта КШВТв-01	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-6
4	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах шейного отдела позвоночника шиной ШВ-06 комплекта КШВТв-01	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-6
5	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах бедра вакуумной шиной НВ «НПФ-Медтехника»	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-11
6	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах верхней конечности вакуумной шиной УВНс «НПФ-Медтехника»	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-6
7	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах верхней конечности шиной ШВ-07 комплекта КШВТв-01(к2)	ТК, ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-11
8	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах шейного и грудного отдела позвоночника шиной складной УШС- Омнимед»	ТК, ГИА	УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-11, ПК-12
9	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах бедра шинами Крамера	ТК, ГИА	УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-12
10	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах верхней конечности шиной Крамера	ТК, ГИА	УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-12
11	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах голени шинами Крамера	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7
12	Выполнение транспортной иммобилизации при переломах позвоночника шинами Крамера	ТК, ГИА	УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-12

4. Клиническая лабораторная диагностика

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

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
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.	<p>ПРЕРЕНАЛЬНЫЕ ПРОТЕИНУРИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ</p> <p>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</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
22.	<p>В НОРМЕ В МОЧЕ МОГУТ ПРИСУТСТВОВАТЬ ЕДИНИЧНЫЕ</p> <p>1) зернистые цилиндры 2) восковидные цилиндры 3) гиалиновые цилиндры 4) эритроцитарные цилиндры 5) лейкоцитарные цилиндры</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
23.	<p>ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ НАЛИЧИЕ КРОВИ В ПЕРВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ:</p> <p>1) уретры 2) мочевого пузыря 3) мочеточников 4) почечных лоханок 5) мочевых канальцев</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
24.	<p>ОТНОСИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО РЕТИКУЛОЦИТОВ (%) ОТРАЖАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ</p> <p>1) RBC 2) WBC 3) RET 4) Plt 5) MRV</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
25.	<p>РЕТИКУЛОЦИТОЗ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ:</p> <p>1) апластической анемии 2) гипопластической анемии 3) острым лейкозе 4) метастазах в костный мозг 5) гемолитических синдромах</p>	5	ВК ТК ГИА	
26.	<p>АБСОЛЮТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ - ЭТО</p> <p>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</p>	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. $\text{мккат} \times 60 = \text{мкмоль/м.л.}, (25,2 \text{ мкмоль/м.л.})$ 2. Активность фермента снизилась. 3. Знать молекулярную массу вещества. 4. Красная крышка. 5. На 10. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

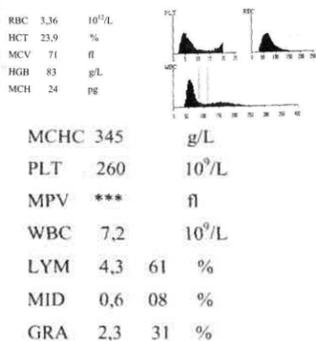
	<p>биохимические методы исследования</p> <p>5. На сколько отличаются между собой концентрации в г% и г/л</p>			
3.	<p>При обследовании больного в динамике были получены результаты активности фермента щелочной фосфотазы</p> <p>исследование 120 у/л</p> <p>исследование 118 мкмоль/м.л</p> <p>Вопросы:</p> <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 хиломикрон. 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 является 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.	<p>ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) гипопроteinемия;</p> <p>2) повышение проницаемости капилляров;</p> <p>3) повышение гидростатического давления плазмы;</p> <p>4) повышение онкотического давления в капиллярах;</p> <p>5) снижение проницаемости капилляров</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
24.	<p>АКТИВАЦИЯ ВОЛНОМОРЕЦЕПТОРОВ ПРОИСХОДИТ В ОТВЕТ НА:</p> <p>1) увеличение осмотического давления крови;</p> <p>2) снижение объема циркулирующей крови;</p> <p>3) увеличение онкотического давления крови;</p> <p>4) снижение осмотического давления крови;</p> <p>5) снижение онкотического давления крови</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
25.	<p>ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРИТИЧЕСКИЙ ОТЕКА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) поражение тубулярного аппарата почек;</p> <p>2) поражение клубочкового аппарата почек;</p> <p>3) развитие гипоонкии крови;</p> <p>4) уменьшение фильтрации воды в капиллярах органов и тканей;</p> <p>5) поражения нижней/3 мочеточника</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
26.	<p>ЛИМФОГЕННЫЙ ОТЕК ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ:</p> <p>1) понижения онкотического давления крови;</p> <p>2) повышения давления в венозном отделе капилляров;</p> <p>3) воспаления лимфотического сосуда;</p> <p>4) повышения проницаемости стенок лимфотического сосуда;</p> <p>5) нарушения синтеза белка в следствии цирроза печени</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
27.	<p>ПРИ КАКОМ ЗНАЧЕНИИ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО КОЭФФИЦИЕНТА АТЕРОГЕННОСТИ ИМЕЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА?</p> <p>1) > 3,0;</p> <p>2) < 3,0;</p> <p>3) < 5,0;</p> <p>4) > 2,5;</p> <p>5) > 1,0.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
28.	<p>ОЖИРЕНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ПРИРОДЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО:</p> <p>1) гипертиреозом;</p> <p>2) адипозо-генетальной дистрофией;</p> <p>3) гиперпролактинемией;</p> <p>4) СД I типа;</p>	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>гиперперфузия – 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 Н⁺. 	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 кровоток 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: андройдное и гиноидное. Для метаболического синдрома характерно развитие андройдного типа ожирения. Андройдное и гиноидное ожирение. Андройдный (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>		<p>ТК ГИА</p>	
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	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-10, ПК-11</p>
11.	<p>К АМБУЛАТОРНО-</p>	2	<p>ВК</p>	<p>ПК-11, ПК-12</p>

	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 сестр	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> <ol style="list-style-type: none"> 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 	4	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
21.	<p>ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ - ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	2	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12
22.	<p>КАКОВЫ ГЛАВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
23.	<p>ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ ДОСТУПНОСТЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) продолжительный амбулаторный прием 	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>КАК 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 $X \cdot 1000$)/ численность обслуживаемого населения</p> <p>2) (число отдельных заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни с установл. диагнозом $X \cdot 1000$)/ численность обслуживаемого населения</p> <p>3) (число зарегистрированных заболеваний с диагнозом установл. впервые в жизни $X \cdot 100$)/ число отдельных заболеваний с диагнозом установленным впервые в жизни</p> <p>4) (число отдельных заболеваний с диагнозом установл. впервые в жизни $X \cdot 100$)/ 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	<p>На больницу было выделено 300млн руб. по УМТБ. Куда может потратить эти деньги больница?</p>	<p>Закупку информационных систем и оборудования под них и ремонт и отделка больничных помещений</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
7	<p>При проведение внутреннего контроля качества было выявлено не соблюдение врачом кардиологом стандартов по лечению пациентов. Что грозит врачу?</p>	<p>Дисциплинарная ответственность возможно и даже выговор, лишение премиальных надбавок.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
8	<p>При проведение внутреннего контроля качества было выявлено не соблюдение врачом хирургом стандартов по лечению пациентов. Что грозит врачу?</p>	<p>Дисциплинарная ответственность возможно и даже выговор, лишение премиальных надбавок.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
9	<p>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>	<p>1 число впервые выявленных заболеваний/число населения \square 1000 670,0</p> <p>2 основной показатель, характеризующий работу поликлиники и отражающий</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>

<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 medizinische Mitarbeiter von beruflichen Pflichten, einschließlich einer unrichtigen Katheterplatzierung, einer Verschreibung von medikamentöser Behandlung anstelle der Entfernung des gebildeten Thrombus; • Öffentliches gefährliches Ergebnis – Verlust des Kindesorgans – Hand. • Kausalkausale Verbindung zwischen öffentlichem gefährlichem Handeln und Ergebnis: gezwungene Amputation der Hand wurde als Folge davon produziert, dass medizinische Hilfe durch medizinisches Personal unzulässig 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. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

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 	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8</p>
11.	<p>Больной Л., 6 лет, на фоне ОРВИ отмечается подъем температуры до $38,90^\circ\text{C}$. 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. 	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8</p>

	<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 (амоксциллин/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, упаковок 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) упаковки 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 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-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. 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.	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.	<p>ПЕДАГОГИКА – ЭТО...</p> <p>1) наука о целенаправленном процессе передачи человеческого опыта и подготовки подрастающего поколения к жизнедеятельности;</p> <p>2) наука о педагогическом процессе;</p> <p>3) наука о воспитании;</p> <p>4) наука об обучении и воспитании человека;</p> <p>5) наука о методах и формах обучения.</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
2.	<p>УЧЕНИЕ – ЭТО ...</p> <p>1) деятельность учителя</p> <p>2) деятельность студентов</p> <p>3) деятельность учителя и учащихся</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
3.	<p>АВТОРОМ «ВЕЛИКОЙ ДИДАКТИКИ» БЫЛ:</p> <p>1) Френсис Бэкон;</p> <p>2) Ян Амос Коменский;</p> <p>3) древнегреческий философ</p>	2	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
4.	<p>ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) обучение;</p> <p>2) обучение и воспитание;</p> <p>3) преподаватели и студенты;</p> <p>4) целостный педагогический процесс;</p> <p>5) образование.</p>	4	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
5.	<p>ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО...</p> <p>1) целенаправленный процесс обучения и воспитания;</p> <p>2) процесс передачи накопленных поколениями знаний и культурных ценностей;</p> <p>3) передача исторического и культурного опыта.</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1, ПК-9
6.	<p>ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ – ЭТО</p> <p>1) социальные институты, которые приобретают государственный статус системы образования в стране;</p> <p>2) детские сады, школы, техникумы, институты, университеты;</p> <p>3) все учреждения, в которых проводится обучение и воспитание</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-2, УК-3, ПК-9
7.	<p>СОДЕРЖАНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) конституцией страны;</p>	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? Ученики ответили, что в этом отрывке выделяются четыре предложения.</p> <p>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»: 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. 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.</p> <p>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 атипические 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

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

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
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 гипوماгнемия</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.	<p>АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕФРОПТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) непостоянные боли в поясничной области 2) гидронефротическая трансформация 3) редкие кризы Дитла 4) редкие обострения хронического пиелонефрита 5) абсолютных показаний к нефропексии нет</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-2 , ПК-5
2.	<p>В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИГРАЮТ РОЛЬ</p> <p>1) хронические очаги инфекции 2) условия труда 3) общее состояние организма 4) ранее перенесенные болезни 5) инфекции, передаваемые половым путем</p>	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-2 , ПК-5
3.	<p>ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>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</p>	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-2 , ПК-5
4.	<p>ПРИ ВНЕБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ РЕНТГЕНОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) ретроградная цистография 2) ретроградная цистография</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	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 гипертония 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 ОКРУЖ ЕНИИ, 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	ВК ТК ГИА	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) No 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 ПЕРСПЕКТИВЕ 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 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. ПРЯТЕЛЬ 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 послоную 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. Артроскопия

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-12

Тесты

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	<p>. К ПЕРЕЛОМАМ ДИАФИЗА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) вколоченные переломы 2) поперечно-зубчатые 3) косопоперечные 4) открытые переломы 5) винтообразные</p>	1	ВК ТК	ПК-1 , ПК-5
2.	<p>ОТКРЫТЫМ СЧИТАЕТСЯ ПЕРЕЛОМ КОСТИ С</p> <p>1) осаднением кожных покровов 2) раной мягких тканей, сообщающейся с областью перелома 3) раной мягких тканей вне зоны перелома 4) образованием фликтен над областью перелома 5) обширной гематомой</p>	2	ВК ТК	ПК-1
3.	<p>ВЫДЕЛИТЕ СИМПТОМ, АБСОЛЮТНЫЙ ДЛЯ ВСЕХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ:</p> <p>1) патологическая подвижность и крепитация костных отломков 2) отечность и кровоизлияние в мягкие ткани 3) локальная болезненность и нарушение функции 4) деформация конечности 5) гиперемия в области перелома.</p>	1	ВК ТК	ПК-1 , ПК-5

Ситуационные задачи

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
001	Больной Н., 29 лет. Доставлен на	Ответ 1: Разрыв лонного	ВК	ПК-1 ,

	<p>носилках в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на боли в области лобкового сочленения, резко усиливающиеся при попытках движений ногами. Anamnesis morbi: в аэропорту пострадавшего переехал бензовоз. При осмотре: в зоне лобкового сочленения умеренная припухлость и локальная болезненность, возникающая и при попытке сведения крыльев подвздошных костей; положительный симптом "прилипшей пятки" с обеих сторон.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные исследования показаны? 3. Что делать? 4. Назначения, план дальнейшего лечения. 5. Реабилитация. 	<p>сочленения</p> <p>Ответ 2: Рентгенография таза в прямой проекции.</p> <p>Ответ 3: Госпитализировать в травматологическое отделение.</p> <p>Ответ 4: Уложить в гамак с перекрещивающимися тягами на системе балканских рам.</p> <p>Ответ 5: Сделать контрольную рентгенограмму.</p>	<p>ТК</p>	<p>ПК-6</p>
002	<p>Больной Д., 30 лет, поступил в травматологическое отделение Краевой больницы с жалобами на боль в правом плечевом суставе, усиливающуюся при движении. Со слов больного 3 часа назад упал на правое плечо. При осмотре: некоторая припухлость верхнего отдела правого плечевого сустава, локальная болезненность при пальпации акромиального конца ключицы, который несколько возвышается над акромионом, положительный симптом «клавиши».</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие нужны дополнительные исследования? 3. Какое показано лечение? 4. Какой прогноз? 5. Профилактика и реабилитация 	<p>Ответ 1: разрыв правого акромиально-ключичного сочленения, вывих акромиального конца ключицы;</p> <p>Ответ 2: рентгенография правого плечевого сустава;</p> <p>Ответ 3: операция остеосинтез по АО или Ли-Гольдману. Повязка Вайнштейна в гипсовом исполнении. Выписка на амбулаторное лечение после снятия швов (10-12 дней после операции)</p> <p>Ответ 4: прогноз благоприятный. Частичное восстановление трудоспособности через 4-5 недель, полное - через 6-8 недель после удаления металлоконструкции;</p>	<p>ВК ТК</p>	<p>ПК-1 , ПК-5</p>

		<p>Ответ 5: избегать падений; массаж, ЛФК, изометрические нагрузки. После снятия гипса (3-4 недели) дозированная активная разработка движений в плечевом суставе</p>		
003	<p>Больная 37 лет, подвернув на скользком тротуаре левую стопу, упала почувствовала резкую боль в голеностопном суставе, из-за которой самостоятельно подняться и идти не смогла. Попутной машиной доставлена в травм пункт. При поступлении: область левого голеностопного сустава и тыла стопы резко отечны. Голеностопный сустав деформирован, стопа смещена кнаружи от анатомической оси голени. Пальпация наружной и внутренней лодыжек резко болезненна. Осевая нагрузка на стопу усиливает боль. Из-за боли движения пальцев стопы ограничены, в голеностопном суставе - не возможны.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие нужны дополнительные исследования? 3. Что делать? 4. План дальнейшего лечения. 5. Реабилитация 	<p>Ответ 1: пронационный двухлодыжечный перелом Дюпюитрена левой голени с подвывихом стопы кнаружи;</p> <p>Ответ 2: сделать рентгенограмму голеностопного сустава в двух проекциях;</p> <p>Ответ 3: ввести анальгетики, обеспечить транспортную иммобилизацию, вызвать машину скорой помощи и транспортировать в травматологическое отделение.</p> <p>Ответ 4: сделать новокаиновую блокаду места перелома. Произвести ручную одномоментную репозицию. Наложить U-образную гипсовую шину. Сделать рентген-контроль. При недостаточной эффективности репозиции обследовать и произвести открытую репозицию и остеосинтез по</p> <p>Ответ 5: ходить на костылях. В течение одного месяца изо дня в день дозировано увеличивать объём движений. В течение</p>	<p>ВК ТК</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>

		второго месяца проводить дозированную нагрузку постепенно переходя на один костыль, а затем на трость. Сделать рентген-контроль. Еще через 1,5-недели можно использовать остаточную трудоспособность.		
--	--	---	--	--

19. Микрохирургия

Коды формируемых компетенций: ПК-5, ПК-6, ПК-12, ПК-1

Тесты

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	ПРИ ПРЯМОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМ НИКОГДА НЕ ВОЗНИКАЮТ 1) ушибы 2) сдавления 3) ранения 4) переломы 5) разрывы связок	5	ВК ТК	ПК-1 , ПК-6
2.	ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ В ОБЛАСТИ 1) бедра 2) плеча 3) ключицы 4) предплечья 5) предплечья	5	ВК ТК	ПК-1 , ПК-5
3.	ОТКРЫТЫМ СЧИТАЕТСЯ ПЕРЕЛОМ КОСТИ С 1) осаднением кожных покровов 2) раной мягких тканей, сообщающейся с областью перелома 3) раной мягких тканей вне зоны перелома 4) образованием фликтен над областью перелома 5) обширной гематомой	2	ВК ТК	ПК-5 , ПК-6 , ПК-12

Ситуационные задачи

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
001	Больной во время автомобильной катастрофы получил удар в область гортани. Доставлен в участковую больницу. Жалуется на резкую боль в месте ушиба, нарушение голоса, быстро прогрессирующее затруднение дыхания. Условий для	Ответ 1: острый травматический стеноз гортани; Ответ 2: коникотомией; Ответ 3: ножом, трубкой	ВК ТК	ПК-1 , ПК-5

	<p>проведения трахеотомии нет.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2. Каким методом горлосечения нужно воспользоваться в данной ситуации? 3. Какими подручными средствами можно производить эту операцию?</p> <p>4. Что делать дальше?</p> <p>5. Профилактика.</p>	<p>диаметром до 1 см;</p> <p>Ответ 4: 4) доставить в ЛОР отделение машиной скорой медицинской помощи;</p> <p>Ответ 5: соблюдение правил дорожного движения; профилактика гнойно-воспалительных осложнений.</p>		
002	<p>В травм пункт обратились родители с мальчиком 4 лет. Со слов матери во время прогулки ребенок споткнулся, мать удержала его от падения за руку. После этого ребенок стал жаловаться на боль в руке, не может ее поднять. При осмотре: рука висит вдоль туловища. Пальпация ключицы, плеча безболезненны. Локальная болезненность в области головки лучевой кости. Сгибание в левом локтевом суставе и ротация предплечья болезненны, ограничены.</p> <p>1. Ваш предварительный диагноз?</p> <p>2. Какие нужны дополнительные исследования?</p> <p>3. Что делать?</p> <p>4. План дальнейшего лечения. 5. Профилактика.</p>	<p>Ответ 1: 1) разрыв кольцевидной связки, подвывих головки левой лучевой кости;</p> <p>Ответ 2: дополнительные методы исследования не нужны;</p> <p>Ответ 3: 3) устранить подвывих, смещая головку кзади и кнутри затем согнуть руку в локтевом суставе до прямого угла. Наложить умеренно давящую повязку и поместить руку в косыночную повязку;</p> <p>Ответ 4: через 3-4 дня снять повязки.</p> <p>Ответ 5: не поднимать ребенка до 6 лет за руку</p>	ВК ТК	ПК-5, ПК-6, ПК-12
003	<p>: Больной Н., 29 лет. Доставлен на носилках в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на боли в области лобкового сочленения, резко усиливающиеся при попытках движений ногами. Anamnesis morbi: в аэропорту</p>	<p>Ответ 1: Разрыв лонного сочленения.</p> <p>Ответ 2: Рентгенография таза в прямой проекции</p> <p>Ответ 3:</p>	ВК ТК	ПК-1, ПК-5

	<p>пострадавшего переехал бензовоз. При осмотре: в зоне лобкового сочленения умеренная припухлость и локальная болезненность, возникающая и при попытке сведения крыльев подвздошных костей; положительный симптом "прилипшей пятки" с обеих сторон.</p> <p>1. Ваш диагноз?</p> <p>2. Какие дополнительные исследования показаны?</p> <p>3. Что делать?</p> <p>4. Назначения, план дальнейшего лечения.</p> <p>5. Реабилитация.</p>	<p>Госпитализировать в травматологическое отделение.</p> <p>Ответ 4: Уложить в гамак с перекрещивающимися тягами на системе балканских рам.</p> <p>Ответ 5: Сделать контрольную рентгенограмму.</p>		
--	---	---	--	--