

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

Кафедра урологии, андрологии и сексологии ИПО

УРОЛОГИЯ

Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и
промежуточной и итоговой аттестации обучающихся
по специальности 31.08.68 Урология

Красноярск
2018

Составители: д.м.н. Ф.П. Капсаргин Ф.П., к.м.н., доцент Е.А. Алексеева

31.08.68 Урология: фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по специальности 31.08.68 Урология/ сост. д.м.н. Ф.П. Капсаргин Ф.П., к.м.н., доцент Е.А. Алексеева. – 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 31.08.68 Урология, 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. Урология
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. Гинекология
11. Анестезиология и реаниматология
12. Трансфузиология
13. Организация лекарственного обеспечения населения РФ
14. Современные технологии управления в здравоохранении
15. Финансовая культура и грамотность
16. Топографическая анатомия и оперативная хирургия
17. Частные вопросы андрологии
18. Ургентная хирургия

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ

1. Критерии оценки для оценочного средства: Тесты

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

2. Критерии оценки для оценочного средства: Практические навыки

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

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

3. Критерии оценки для оценочного средства: Ситуационные задачи

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

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

1. Урология

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

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
01.	ЛОКАЛИЗАЦИЯ И ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ КАМНЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ 1. поясничная область без иррадиации 2. подреберье с иррадиацией под лопатку 3. боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область 4. паховая область с иррадиацией в бедро 5. поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
02.	ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ 1. постоянные ноющие 2. приступообразные 3. интенсивные, вплоть до пульсирующих 4. тупые 5. острые	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
03.	ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ 1. над лоном 2. в поясничной области 3. в пояснично-крестцовом отделе позвоночника 4. в промежности и крестце 5. в промежности	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
04.	ДИЗУРИЯ – ЛЮБЫЕ НАРУШЕНИЯ АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ, НО ЧАЩЕ ВСЕГО ПОД ЭТИМ ТЕРМИНОМ ПОНИМАЮТ 1. частое, затрудненное мочеиспускание 2. частое, болезненное мочеиспускание 3. затрудненное мочеиспускание с болями 4. прерывистое мочеиспускание 5. редкое мочеиспускание	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
05.	ДИЗУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при варикоцеле 2. при болезни Ормонда	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	3. при опухоли почки 4. при камне пиелоуретерального сегмента 5. при туберкулезе мочевыделительной системы			
06.	ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ 1. обзорная, экскреторная урография 2. ретроградная уретеропиелография 3. ренография 4. пневмопиелография 5. абдоминальная аортография	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 7
07.	СТРАНГУРИЯ – ЭТО 1. затрудненное мочеиспускание по каплям без болей 2. мочеиспускание, сопровождающееся болью 3. частое мочеиспускание 4. затрудненное, болезненное мочеиспускание (зачастую по каплям., сопровождающееся тенезмами 5. частое, безболезненное мочеиспускание	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
08.	СТРАНГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при опухоли почки 2. при камне почки 3. при остром необструктивном пиелонефрите 4. при болезни Ормонда 5. при аденоме простаты	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
09.	СТРАНГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при нефролитиазе 2. при опухоли Вильмса 3. при физиологическом фимозе 4. при нефроптозе 5. при раке простаты	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
10.	НИКТУРИЯ - ЭТО 1. увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени 2. учащение мочеиспускания в ночное время суток 3. перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные часы 4. дневная олигурия 5. учащение мочеиспускания в дневное время суток	3	ВК ТК ГИА	УК1, ПК 6

11.	<p>НИКТУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при почечной колике 2. при остром цистите 3. при острой почечной недостаточности 4. при нефролитолазии 5. при сердечной недостаточности 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
12.	<p>ПОЛЛАКИУРИЯ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. увеличение диуреза 2. учащение дневного и ночного мочеиспусканий при обычном количестве суточной мочи 3. учащение ночного мочеиспускания 4. учащение дневного мочеиспускания 5. увеличение ночного диуреза 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
13.	<p>ДНЕВНАЯ ПОЛЛАКИУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при туберкулезе мочевого пузыря 2. при аденоме предстательной железы 3. при гиперактивном мочевом пузыре (ГАМП). 4. при остром орхоэпидидимите 5. при цисталгии 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
14.	<p>ОЛИГУРИЯ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. запаздывающее мочеотделение 2. редкое мочеиспускание 3. уменьшение суточного количества мочи 4. увеличение суточного количества мочи 5. уменьшение количества мочи, выделяемой в дневное время 	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
15.	<p>ОЛИГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при камне мочевого пузыря 2. при хроническом пиелонефрите 3. при сахарном диабете 4. при болезни Мариона 5. при гломерулонефрите 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
16.	<p>ОЛИГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при нефролитолазии 2. при дивертикуле мочевого пузыря 3. при камне мочевого пузыря 4. при нефроптозе 5. при поражении вегетативных центров водно-солевого обмена 	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

17.	<p>АНУРИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствие мочи в мочевом пузыре 2. отсутствие выделения мочи почками 3. отсутствие самостоятельного мочеиспускания 4. отсутствие мочеиспускания в дневное время суток 5. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
18.	<p>ПЕРЕЛОМ ТАЗА С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА. УРЕТРОРАГИИ НЕТ. ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ИЗ "МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ" – КРОВЬ. ПРИ ВВЕДЕНИИ 30% РАСТВОРА РЕНТГЕНКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА (300 мл. МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ НЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ. ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЗАТЕК КОНТРАСТА В КЛЕТЧАТКУ ТАЗА. ВАШ ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. внебрюшной разрыв задней стенки мочевого пузыря 2. внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря 3. смешанный (внутри- внебрюшинный. разрыв мочевого пузыря 4. отрыв мочевого пузыря от уретры 5. разрыв мембранозного отдела уретры 	4	ВК ТК ГИА	ПК 7, ПК 12
19.	<p>РЕНОПРИВНАЯ (АРЕНАЛЬНАЯ. АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при гипоплазии почки 2. при удалении одной почки 3. при радикальной нефрэктомии 4. при удалении обеих почек, единственной или единственной функционирующей почки 5. при резекции единственной функционирующей почки 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
20.	<p>ПРЕРЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при остром пиелонефрите 2. при нефролитиазе 3. при паравициальной кисте 4. при поликистозе 5. при заболеваниях, сопровождающихся снижением АД ниже критического (шоке, 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5

	коллапсе и пр..			
21.	РЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при мочекаменной болезни 2. при хроническом цистите 3. при болезни Мариона 4. при цистолитиазе 5. при переливании несовместимой крови	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
22.	ПОСТРЕНАЛЬНАЯ (ЭКСКРЕТОРНАЯ). АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при камне чашечки второго порядка почки 2. при парпельвикальной кисте 3. при дивертикуле мочевого пузыря 4. при обтурирующем камне мочеточника, единственной функционирующей почки 5. при нефроптозе или тазовой дистопии почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
23.	ПОЛИУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1) при уратном или оксалатном нефролитиазе 2) при остром необструктивном пиелонефрите 3) при нефротуберкулезе 4) при нефроптозе 3 ст. 5) при сахарном диабете, канальцевых нефропатиях	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
24.	ОПСОУРИЯ – ЭТО 1. запоздалое (через сутки и более. выделение мочи, после предшествовавшего обильного приема жидкости 2. отсутствие выделения мочи почками 3. отсутствие самостоятельного мочеиспускания 4. отсутствие мочеиспускания в дневное время суток 5. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря в ортостазе	1	ВК ТК ГИА	УК 1,, ПК 6
25.	ОПСОУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при хроническом цистите 2. при варикоцеле 3. при болезни Мариона 4. при уретероцеле 5. при заболеваниях сердца, печени	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
26.	ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ – ЭТО 1. отсутствие выделения мочи почками	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	<p>2. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря</p> <p>3. отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации</p> <p>4. отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении</p> <p>5. парадоксальная ишурия</p>			
27.	<p>ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <p>1. при цистите</p> <p>2. при почечной колике</p> <p>3. при болезни Ормонда</p> <p>4. при варикоцеле</p> <p>5. при болезни Мариона</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
28.	<p>ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ – ЭТО</p> <p>1. невозможность самостоятельного мочеиспускания</p> <p>2. хроническая задержка мочеиспускания</p> <p>3. недержание мочи при переполненном мочевом пузыре</p> <p>4. недержание мочи</p> <p>5. сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи</p>	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
29.	<p>ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <p>1. при хроническом простатите</p> <p>2. при цистите</p> <p>3. при опухоли почки</p> <p>4. при аденоме, раке предстательной железы</p> <p>5. при гематоцеле</p>	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
30.	<p>НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ – ЭТО</p> <p>1. непроизвольное выделение мочи без позыва</p> <p>2. учащенное мочеиспускание</p> <p>3. непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва</p> <p>4. непроизвольное выделение мочи при мочеполовых свищах</p> <p>5. непроизвольное выделение мочи в ортостазе</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
31.	<p>НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ чаще ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <p>1. при цистолитиазе</p>	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	<ul style="list-style-type: none"> 2. при дивертикуле мочевого пузыря 3. при гипорефлекторном мочевом пузыре 4. при болезни Мариона 5. при остром цистите 			
32.	<p>НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. непроизвольное выделение мочи 2. непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию 3. отсутствие позывов к мочеиспусканию 4. непроизвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию 5. затрудненное, болезненное мочеиспускание 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
33.	<p>НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. при почечной колике 2. при болезни Ормонда 3. при болезни Мариона 4. при дивертикуле мочевого пузыря 5. при травме произвольного сфинктера мочевого пузыря 	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
34.	<p>ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ ЗАВИСИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. от функции чашечно-лоханочной системы 2. от функции почечных клубочков 3. от функции мочеточника 4. от функции почечных канальцев и молекулярной массы растворенных в моче веществ 5. от функции мочевого пузыря 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
35.	<p>О ПРОТЕИНУРИИ СЛЕДУЕТ ГОВОРИТЬ ТОГДА, КОГДА КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА В МОЧЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. более чем "следы" 2. менее 0.03 г/л 3. более 0.03 г/л 4. более 0.06 г/л 5. более 0.09 г/л 	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
36.	<p>ИСТИННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. при нефролитолизе 2. при поликистозе 3. при опухоли почки 4. при хроническом пиелонефрите 5. при нефропатии беременных 	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

37.	<p>ПЕРЕЛОМ ТАЗА С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА. НАД ЛОНОМ ПАЛЬПИРУЕТСЯ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ. УРЕТРОРРАГИИ НЕТ. ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ИЗ "МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ" - КРОВЬ. НА РЕТРОГРАДНОЙ ЦИСТОГРАММЕ ПУЗЫРЬ НЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ; ЗАТЕК КОНТРАСТА В ПАРАВЕЗИКАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. внебрюшинный разрыв мочевого пузыря 2. внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря 3. комбинированный разрыв мочевого пузыря 4. отрыв мочевого пузыря от уретры 5. разрыв мембранозного отдела уретры 	2	ВК ТК ГИА	ПК 7, ПК 12
38.	<p>ГЕМАТУРИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наличие в моче гемоглобина 2. выделение крови из мочеиспускательного канала 3. выделение мочи с примесью крови 4. наличие в моче порфирина 5. окрашивание мочи билирубином 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
39.	<p>ИНИЦИАЛЬНАЯ ГЕМАТУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при тригоните 2. при опухолях мочеиспускательного канала 3. при камне мочевого пузыря 4. при аденоме предстательной железы 5. при раке предстательной железы 	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
40.	<p>ТЕРМИНАЛЬНАЯ ГЕМАТУРИЯ чаще НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при камне мочеточника 2. при опухоли почки 3. при цистоцеле 4. при хроническом гломерулонефрите 	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	5.при опухоли шейки мочевого пузыря			
41.	УРЕТРОРРАГИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. при травме мочевого пузыря 2. при остром цистите 3. при травме мочеиспускательного канала 4. при опухоли шейки мочевого пузыря 5. при опухоли почки	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
42.	О ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРИНЯТО ГОВОРИТЬ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ЛЕЙКОЦИТОВ В 1 МЛ. МОЧИ 1. более 500 2. более 1000 3.более 2000 4. более 4000 5. более 6000	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
43.	ПНЕВМАТУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. при мочекаменной болезни 2. при пузырно-влагалищных свищах 3. при дисбактериозе 4. при уретеровагинальных свищах 5. при пузырно-кишечных свищах	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
44.	ПРОСТАТОРЕЯ – ЭТО 1) выделение секрета предстательной железы после массажа ее 2) выделение секрета предстательной железы во время массажа ее 3) выделение из мочеиспускательного канала спермы в конце мочеиспускания 4) выделение из мочеиспускательного канала спермы во время акта дефикации 5) выделение из мочеиспускательного канала секрета предстательной железы во время акта дефикации	5	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
45.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 1. острый пиелонефрит 2. хронический простатит, хронический эпидидимит 3. аденома, рак предстательной железы 4. острый уретрит, простатит и эпидидимит	4	ВК ТК ГИА	УК 3, ПК 6

	5. стриктура уретры			
46.	<p>ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИСТОСКОПИИ НЕОБХОДИМА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гематурия 2. емкость мочевого пузыря более 350 мл 3. прозрачность раствора для орошения полости мочевого пузыря 4. отсутствие пиурии 5. стерильность уретры и препуциального мешка 	3	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК 6
47.	<p>КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПОКАЗАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при инфравезикальной обструкции 2. при камне мочевого пузыря 3. при остром гломерулонефрите 4. при везикулите 5. при пострентальной анурии 	5	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК 5
48.	<p>КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПОКАЗАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при прерентальной анурии 2. при камне в чашечке почки 3. при склерозе предстательной железы 4. при остром цистите 5. при остром гестационном пиелонефрите 	5	ВК ТК ГИА	УК 2, ПК 5
49.	<p>УРЕТРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при острых воспалительных заболеваниях уретры 2. при опухолях почки 3. при камне мочевого пузыря 4. при варикоцеле 5. при хронических воспалительных заболеваниях уретры 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
50.	<p>ХРОМОЦИСТОСКОПИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для дифференциальной диагностики камня и опухоли лоханки 2) для уточнения источника гематурии 3. для дифференциальной диагностики острого пиелонефрита и гломерулонефрита 4. для дифференциальной диагностики почечной колики и острых хирургических/гинекологических заболеваний 5. для уточнения источника пиурии 	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

51.	<p>ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ИНДИГОКАРМИН В НОРМЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ УСТЬЕВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. через 15-20 2. через 8-10 мин 3. через 3-5 мин 4. через 1-2 мин 5. через 10-12 мин 	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
52.	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ХРОМОЦИСТОСКОПИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острая почечная недостаточность 2. хронический простатит 3. емкость мочевого пузыря менее 50 мл 4. камень мочеточника 5. дивертикул мочевого пузыря 	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
53.	<p>ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ДИАФАНОСКОПИИ ХАРАКТЕРЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. для опухоли яичка 2. для острого орхоэпидидимита 3. для водянки оболочек яичка 4. для пахово-мошоночной грыжи 5. для хронического эпидидимита 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
54.	<p>КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. опухолью мочевого пузыря 2. инородным телом уретры 3. камнем мочевого пузыря 4. разрывом уретры 5. дивертикулом мочевого пузыря 	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
55.	<p>МЕТОД МИКЦИОННОЙ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИИ ИНФОРМАТИВЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при камне мочеточника 2. при опухоли мочевого пузыря 3. при гидроцеле 4. при клапане задней уретры 5. при варикоцеле 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
56.	<p>УРОФЛОУМЕТРИЯ ПОКАЗАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при острых уретритах 2. при везикулите 3. при остром эпидидимите 4. при камне мочевого пузыря 5. при аденоме, раке предстательной железы 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

57.	<p>ОСНОВНОЙ НЕДОСТАТОК ПОЯСНИЧНЫХ ЛЮМБОТОМИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ УРОЛИТИАЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. трудности удаления камня верхней трети мочеточника 2. технические трудности удаления одиночного камня из экстраренальной лоханки 3. трудности удаления коралловидного камня 1ст из экстраренальной лоханки 4. трудности удаления камня пиелоуретерального сегмента почки 5. пересечение больших массивов мышцы и нервов 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 11
58.	<p>СКРИНИНГ-МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КАМНЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. цистоскопия 2. восходящая цистография 3. экскреторная урография 4. нисходящая цистография 5. УЗИ мочевого пузыря 	5	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК 2
59.	<p>ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ ПРИ НАПОЛНЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 300-400 МЛ ЖИДКОСТИ РАВНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5 см вод. ст. 2. 10 см вод. ст. 3. 30-40 см вод. ст. 4. 15-20 см вод. ст. 5. 20-25 см вод. ст. 	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
60.	<p>НОРМАЛЬНЫЙ СЕКРЕТ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОДЕРЖИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. лейкоциты (не более 10., единичные эритроциты, лецитиновые зерна в большом количестве 2. макрофаги и амилоидные тельца; лецитиновые зерна в большом количестве 3. лецитиновые зерна в небольшом количестве, единичные эритроциты 4. эпителиальные и гигантские клетки, лейкоциты, сперматозоиды 5. сперматозоиды в большом количестве 	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
61.	<p>способ, позволяющий достоверно дифференцировать брюшной крипторхизм и монорхизм</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. радиоизотопная сцинтиграфия 2. тестикулоангиография 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	3. компьютерная томография 4. лапароскопия 5. решающего способа нет, показан комплекс обследований			
62.	почку, ПРИ ЕЕ ТАЗОВОЙ ДистоПИИ, У ЖЕНЩИН НЕБходимо дифференцировать, ПРЕЖДЕ ВСЕГО 1. с фиксированным нефроптозом 2. с опухолью кишечника 3. с опухолью забрюшинного пространства 4. с гидроцеле 5. с опухолью яичника	5	ВК ТК ГИА	ПК 5
63.	почку, ПРИ ЕЕ ПОЯСНИЧНОЙ ДистоПИИ, У ВЗРОСЛЫХ НЕБходимо дифференцировать, ПРЕЖДЕ ВСЕГО 1. с болезнью Ормонда 2. с опухолью яичника, опухолью придатков матки 3. с опухолью Вильмса 4. с гидроцеле 5. с опухолью кишечника, забрюшинного пространства	5	ВК ТК ГИА	ПК 5
64.	К симметричным формам сращения относят 1. S-образную почку 2. подковообразную и галетообразную почку 3. L-образную почку 4. I-образную почку 5. таких форм сращения нет	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
65.	Наиболее частыМ осложнениЕМ подковообразной почки ЯВЛЯЕТСЯ 1. мочекаменная болезнь 2. гидронефроз 3. пиелонефрит 4. варикоцеле 5. повреждения	2	ВК ТК ГИА	ПК 4, ПК 5, ПК 6
66.	Поликистоз почек - это заболевание 1. врожденное 2. приобретенное 3. одностороннее 4. моностеральное 5. всегда приобретенное	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
67.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ 3-ЕЙ СТАДИИ 1. спонтанный разрыв мочевого пузыря 2. ХПН 3. постренальная анурия острый гнойный пиелонефрит 4. хронический обструктивный пиелонефрит	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 11

	ХПН 5. острый необструктивный пиелонефрит			
68.	Ангио(АРТЕРИО)граммы при поликистозе почек характеризуются 1. зонами гиперваскуляризации, патологической извитостью сосудов 2. истончением, удлинением и деформацией сегментарных и субсегментарных сосудов 3. значительным количеством мелких артерий 4. симптомом «озер», симптомом «лужиц» 5. симптомом «пламени»	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
69.	Мультикистоз почки у взрослых - это заболевание 1. врожденное 2. двустороннее 3. приобретенное 4. всегда двухстороннее	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
70.	Этиология мультикистоза почки связана 1. с отсутствием закладки экскреторного аппарата 2. с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза 3. с неправильной закладкой секреторного аппарата почки 4. с неправильным развитием метанефрогенной бластемы в процессе эмбриогенеза 5. с отсутствием закладки Вольфова протока на стороне поражения	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
71.	В отличие от поликистоза, мультикистоз всегда диагностируется КАК 1. почка с неизменной структурой 2. двухстороннее заболевание 3. солитарная киста 4. одностороннее заболевание 5. почка, расположенная в тазу	4	ВК ТК ГИА	УК 1
72.	ОСНОВНЫЕ отличия мультикистоза от поликистоза 1. двустороннее наследуемое кистозное поражение почек 2. двустороннее не наследуемое кистозное поражение почек 3. наследственный фактор не имеет значения 4. одностороннее не наследуемое кистозное поражение почки 5. одностороннее наследуемое кистозное поражение почки	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

73.	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острый пиелонефрит 2. хронический простатит, хронический эпидидимит 3. аденома, рак предстательной железы 4. острый уретрит, простатит и эпидидимит 5. стриктура уретры 	4	ВК ТК ГИА	УК 3, ПК 6
74.	<p>Лечение мультилокулярной кисты</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. консервативное 2. чрескожная пункция кисты 3. нефрэктомия или резекция почки 4. вылушение кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией ее внутриваренхиматозных стенок и тампонадой полостей паранефральной клетчаткой 5. пункция кисты и введение в нее склерозирующих растворов 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
75.	<p>Для губчатой почки характерно наличие мелких конкрементов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в корковом веществе почки 2. в полостях кист мозгового вещества почек 3. в мозговом веществе почки 4. в почечных пирамидах 5. в лоханке почки 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
76.	<p>Диагноз "губчатая почка" НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО устанавливают с помощью</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ультразвукового исследования 2. почечной артериографии 3. обзорной и экскреторной урографии 4. динамической нефросцинтиграфии 5. ретроградной уретеропиелографии 	3	ВК ТК ГИА	ПК 4, ПК 5
77.	<p>Основным методом диагностики мегакаликоза является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. экскреторная урография 2. ультразвуковое исследование 3. ретроградная пиелография 4. динамическая сцинтиграфия 5. ангиография 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
78.	<p>ПОЛНОЕ Удвоение почки - это наличие</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. двух лоханок 2. двух мочеточников 3. разделения почки на два сегмента, каждый из которых имеет лоханку и отдельное кровоснабжение 4. расщепления или удвоения мочеточника 5. удвоенной полостной системы почки 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

79.	<p>ПОЛНОЕ удвоение верхних мочевых путей – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расщепление мочеточника 2. удвоение лоханок 3. разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет лоханку и отдельное кровоснабжение 4. удвоение мочеточника 5. разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет чашечно-лоханочную систему, мочеточник, отдельное лимфо- и кровоснабжение 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
80.	<p>Характеристика парапелъвикальных кист</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кисты не сообщаются с лоханкой и чашечками 2. кисты связаны с лоханкой или чашечками 3. кисты имеют экстраренальный рост 4. кисты локализуются в области ворот почки 5. кисты локализуются в области почечного синуса 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
81.	<p>ЗАКОН ВЕЙГЕРТА - МЕЙЕРА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в том, что удвоение почки всегда одностороннее 2. в расположении устьев в мочевом пузыре 3. расположение устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки в области верхушки мочевого пузыря 4. в том, что добавочная лоханка открывается устьем мочеточника, располагающимся дистальнее, основная – устьем, располагающимся проксимальнее 5. в том, что удвоенная почка всегда имеет один мочеточник 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
82.	<p>НА ЭТАПЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО МКБ, ПЕРЕД ВРАЧЕМ СТАВИТСЯ ЗАДАЧА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. оценка метаболических нарушений и их коррекция 2. лечение резидуальных камней 3. проведение камнеизгоняющей терапии, если камень рецидивировал 4. проведение гемолиза 5. лечение и контроль течения хронического пиелонефрита и инфекций мочевых путей, метафилактики МКБ 	5	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК 2, ПК 8
83.	<p>Диагностика Ретрокавального мочеточника основывается на данных</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	<ol style="list-style-type: none"> 1. экскреторной урографии 2. аортографии 3. венокаваграфии в сочетании с ретроградной уретеропиело-графией 4. ретроградной уретеропиелографии 5. ультразвукового исследования 			
84.	<p>Патоморфологической основой нейромышечной дисплазии мочеточника является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сужение устья 2. сужение интрамурального отдела мочеточника 3. нейромышечная дисплазия нижнего цистоида 4. уретероцеле 5. микроцистис 	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
85.	<p>В диагностике нейромышечной дисплазии мочеточника наиболее информативным тестом является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. экскреторная урография 2. ретроградная уретерография 3. ультразвуковое исследование 4. цистоскопия 5. цистография 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
86.	<p>Для стадии компенсации нейромышечной дисплазии мочеточника характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гипертрофия мышечного слоя мочеточника 2. атрофия мышечного слоя мочеточника 3. расширение мочеточника над суженным отделом его 4. давление в тазовом отделе мочеточника больше, чем в вышележащих его отделах 5. снижение концентрационной функции почки 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
87.	<p>Для стадии субкомпенсации нейромышечной дисплазии мочеточника характерны</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гипертрофия мышечного слоя мочеточника 2. низкое внутримочеточниковое давление 3. сохранение колебания внутримочеточникового давления 4. частичная атрофия мышечного слоя мочеточника 5. высокое давление в лоханке 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
88.	<p>Для стадии декомпенсации нейромышечной дисплазии мочеточника характерна</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гипертрофия мышечного слоя мочеточника 2. низкое внутримочеточниковое давление 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	<p>3. отсутствие колебаний внутримочеточникового давления</p> <p>4. частичная атрофия мышечного слоя мочеточника</p> <p>5. высокое давление в лоханке</p>			
89.	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. наличие признаков почечной недостаточности</p> <p>2. снижение концентрационной способности почек</p> <p>3. увеличение азотемии</p> <p>4. нагноение кист</p> <p>5. лейкоцитурия</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
90.	<p>Характерным клиническим симптомом внепузырной эктопии устья мочеточника является</p> <p>1. недержание мочи</p> <p>2. неудержание мочи</p> <p>3. сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи</p> <p>4. задержка мочи</p> <p>5. сочетание нормального акта мочеиспускания с неудержанием мочи</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
91.	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК</p> <p>1. наличие признаков почечной недостаточности</p> <p>2. снижение концентрационной способности канальцевой системы почек</p> <p>3. отсутствие воспалительного процесса в кистах</p> <p>4. нагноение кист</p> <p>5. постепенное нарастание азотемии</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
92.	<p>СПОСОБ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК</p> <p>1. санаторно-курортное консервативное лечение</p> <p>2. оперативное консервативное лечение</p> <p>3. санаторно-курортного лечения достаточно</p> <p>4. комбинированное лечение (антибактериальное хирургическое санаторно-курортное.</p> <p>5. комбинированное лечение лучевая терапия</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 8

93.	ДОСТАВЕРНО диагноз уретероцеле ставят на основании данных 1. обзорной урографии 2. нефросцинтиграфии 3. восходящей цистографии 4. пневмоцистографии 5. цистоскопии	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
94.	НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ, УРЕТЕРОцеле определяться в виде 1. дилатации мочеточника на всем протяжении 2. дилатации чашечно-лоханочной системы 3. дефекта наполнения по нижнему контуру мочевого пузыря 4. расширения интрамурального отдела мочеточника 5. дефекта наполнения по боковому контуру мочевого пузыря		ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
95.	Поликистоз почек у взрослых - это заболевание 1 наследуемое по доминантному типу 2 приобретенное 3 одностороннее 4 двустороннее 5 врожденное, наследуемое по рецессивному типу	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
96.	двусторонний врожденный гидронефроз III ст. необходимо дифференцировать 1) с губчатой почкой 2) с поликистозом 3) с камнем почки 4) с мультилокулярной кистой 5) с дистопированной почкой	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
97.	ВРОЖДЕННЫЙ ГИДРОНЕФРОЗ I-II СТ. НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ 1. с губчатой почкой 2. с камнем почки 3. с парапелъвикальной кистой 4. с мультилокулярной кистой 5. с дистопированной почкой	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
98.	ОДНОСТОРОННИЙ ВРОЖДЕННЫЙ ГИДРОНЕФРОЗ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ 1. с губчатой почкой 2. с мультилокулярной кистой 3. с камнем почки 4. с мультикистозной почкой	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	5. с дистопированной почкой			
99.	СКРИНИНГ-МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ 1. ультразвуковое исследование почек 2. экскреторная урография 3. ретроградная уретеропиелография 4. пневмопиелография 5. МСКТ	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1
100.	МАЛОИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ГИДРОНЕФРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ 1. ультразвуковое исследование почек 2. экскреторная урография 3. радиоизотопная ренография 4. ретроградная уретеропиелография 5. компьютерная томография	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
101.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. добавочный сосуд 2. перегиб мочеточника(ов. через паренхиматозный перешеек 3. камни лоханок 4. высокое отхождение мочеточника 5. камни мочеточников	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
102.	ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ПРОИЗВОДЯТ 1. эпидидимэктомия 2. гемикастрацию 3. эпидидимэктомию с резекцией яичка 4. двустороннюю эпидидиэктомию 5. эпидидимэктомию с вазорезекцией с противоположной стороны	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
103	СЛУЧАЙНО НАЛОЖЕННАЯ ЛИГАТУРА СНЯТА С МОЧЕТОЧНИКА ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. пункционную нефростомию 2. пиелостомию антеградное «шинирование» 3. интубацию мочеточника 4. ничего не предпринимать 5. стентирование мочеточника пункционную нефростомию	5	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 9
104.	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ С	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	<p>ЗАТИХШИМ ИЛИ ИЗЛЕЧЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. не имеет значения 2. имеет относительное значение 3. имеет некоторое значение 4. имеет значение 5. имеет важное значение 			
105.	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛОХАНКИ И МОЧЕТОЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. равномерным расширением лоханки и мочеточника 2. гипотонией мочеточника, лоханки 3. неправильной формой с неровными контурами маленькой лоханкой, четкообразный, втянутый в лоханку мочеточник, с облитерацией в нижней трети 4. в сужении просвета мочеточника за счет сдавления его снаружи 5. трансформацией, медиальным смещением верхней трети мочеточника, гидронефротической трансформацией почки 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
106.	<p>РЕТРОГРАДНАЯ ПИЕЛОГРАФИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА С</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нефроптозом 2. поликистозом 3. гидронефрозом 4. подковообразной почкой 5. мегакалинозом 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
107.	<p>ДИЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. мало белков, мало углеводов 2. мало белков, умеренное количество углеводов 3. много белков, мало углеводов 4. много белков, много углеводов 5. как можно больше жиров 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
108.	<p>ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. частое, императивное и болезненное мочеиспускание 2. учащенное императивное мочеиспускание в дневное время суток 3. редкое мочеиспускание большими порциями мочи 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	4. частое императивное мочеиспускание малыми порциями в ночное время 5. отсутствие самостоятельного мочеиспускания			
109.	ВЕРОЯТНОСТЬ ИНФИЦИЦИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ СВЯЗАНА С 1. гидронефрозом 2. стриктурой уретры 3. туберкулезом 4. пузырно-мочеточниковым рефлюксом 5. фимозом	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
110.	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО 1. нарушение функции канальцев 2. нарушение функции клубочков 3. нарушение функции чашечек 4. нарушение фильтрационной функции почки 5. нарушение функции почечной лоханки	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
111	ПРИ УСТАНОВЛЕННОМ ФАКТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ 1. обзорную рентгенографию почек и мочевых путей 2. хромоцистоскопию 3. катетеризацию мочевого пузыря 4. катетеризацию мочеточника 5. уретроскопию	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 10
112.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. нарушение уродинамики 2. несоблюдение режима труда и отдыха 3. понижение реактивности организма 4. несоблюдение личной гигиены 5. несоблюдение диеты	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
113.	К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ОТНОСЯТ 1. высокую сексуальную активность 2. гипоэстрогемия 3. пролапс тазовых органов 4. раннее начало половой жизни 5. ранее перенесенные урогенитальные инфекции	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

114.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ЦИСТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стрептококк 2. микоплазмы 3. вирусы 4. хламидии 5. кишечная палочка 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
115	<p>ИМЕЕТСЯ ИСПРАВНЫЙ УРЕТРОЦИСТОСКОП (22 Sch.. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИСТОСКОПИИ НЕОБХОДИМО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствие гематурии 2. объем мочевого пузыря не более 250 мл 3. прозрачность среды в полости мочевого пузыря 4. отсутствие пиурии 5. стерильность просвета уретры 	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 10
116.	<p>ПРИ ВСКРЫТИИ ЗАДНЕБОКОВОГО ПАРАВЕЗИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА ИСПОЛЬЗУЮТ ДОСТУП</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. надлобковый 2. промежностный 3. по Буяльскому - МакУортеру 4. трансперитонеальный 5. трансректальный 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
117.	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ МЕТОДЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. микроскопия нативных препаратов уретрального отделяемого 2. цитологическое исследование 3. серологические методы 4. микроскопия осадка средней порции мочи 5. кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
118.	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ МЕТОДЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОНОКОККОВОГО УРЕТРИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. бактериологическое исследование мазков из уретры 2. цитологическое исследование 3. серологические методы 4. микроскопия осадка средней порции мочи 5. кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
119.	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ МЕТОДЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОГО УРЕТРИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ПЦР 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	<ul style="list-style-type: none"> 2. цитологическое исследование 3. серологические методы 4. микроскопия осадка средней порции мочи 5. кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами 			
120.	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ МЕТОДЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. микроскопия нативных и окрашенных препаратов спермы 2. культуральное исследование 3. иммунологические методы 4. микроскопия осадка средней порции мочи 5. кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
121.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАДНЕГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. приапизм 2. геморрой 3. простатит 4. болезнь Пейрони 5. баланопостит 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
122.	<p>ВЕРОЯТНЫМ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ УРЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. колит 2. геморрой 3. артрит 4. везикулит 5. баланопостит 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
123.	<p>ПРИ УРЕТРАЛЬНОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОКАЗАНА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия 2. интенсивная антибактериальная и местная терапия 3. цистостомия с последующей антибактериальной и местной терапией 4. физиотерапевтические мероприятия 5. физиотерапевтическое лечение 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
124.	<p>ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ, ХИМИЧЕСКИХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ УРЕТРИТАХ ПОКАЗАНО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией 2. интенсивная антибактериальная и местная терапия 3. цистостомия с последующей 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	антибактериальной и местной терапией 4. лучевая терапия 5. физиотерапевтическое лечение			
125.	ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ 1. гиперемией кожи полового члена 2. наличием болезненных уплотнений в кавернозных телах полового члена 3. абсцедированием кавернозных тел 4. отсутствием эрекции 5. деформацией головки полового члена	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
126.	ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ 1. гиперемией кожи полового члена 2. наличием уплотнений в кавернозных телах, искривлением полового члена 3. абсцедированием кавернозных тел 4. искривление полового члена при эрекции 5. болезненной эрекцией	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
127.	ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ 1. гиперемией кожи полового члена 2. наличием уплотнений в кавернозных телах полового члена 3. абсцедированием кавернозных тел 4. отсутствием эрекции 5. наличием «бляшек» хрящевой консистенции в белочной оболочке и кавернозных телах полового члена	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
128.	ПРИАПИЗМ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ 1. перемежающихся ночных эрекций 2. фимоза 3. гангрены Фурнье 4. неадекватного оттока и притока крови в кавернозные тела полового члена 5. перелома полового члена	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
129.	ПРИЧИНЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭПИДИДИМООРХИТА У МУЖЧИН СТАРШЕ 35 ЛЕТ 1. травмы органов мошонки 2. половые излишества 3. переохлаждения 4. расстройства мочеиспускания 5. граммотрицательные уропатогены	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
130.	ПРИЧИНЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭПИДИДИМООРХИТА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ 1. травмы органов мошонки	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	<ul style="list-style-type: none"> 2. половые излишества 3. переохлаждения 4. расстройства мочеиспускания 5. инфекции, передаваемые половым путем 			
131.	<p>ФАКТОРАМИ, ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЮЩИМИ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПРОСТАТИТА, ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. переохлаждения 2. расстройства мочеиспускания 3. венозный стаз органов малого таза 4. застой секрета предстательной железы 5. инфекционные агенты 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
132.	<p>ПРИ АБСЦЕССЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. установление постоянного катетера антибактериальная терапия 2. инстилляции уретры антибактериальная терапия 3. интенсивная антибактериальная, инфузионная и детоксикационная терапия 4. вскрытие и дренирование полости абсцесса предстательной железы антибактериальная, инфузионная и детоксикационная терапия 5. трансуретральная резекция предстательной железы антибактериальная инфузионная и детоксикационная терапия 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
133.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВЕЗИКУЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. экскреторная урография 2. анализ секрета предстательной железы 3. уретроцистография 4. ультразвуковое исследование семенных пузырьков 5. микционная цистография 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
134.	<p>ПЕРЕД УДАЛЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕННОЙ ПОЧКИ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ ИНФОРМАЦИЮ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. о состоянии гемодинамики 2. о характере повреждения удаляемой почки 3. о функции остающейся почки 4. о результатах клинического анализа крови 5. о результатах биохимического анализа крови 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

135.	<p>ПРИЗНАКИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нарушение акта мочеиспускания, боль над лоном 2. нарушение акта мочеиспускания, симптом «ваньки-встаньки», позднее появление симптомов раздражения брюшины 3. мочевой затек в клетчатку малого таза 4. почечная недостаточность 5. нарушение акта мочеиспускания, недержание мочи 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
136.	<p>ПРИЗНАКИ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</p> <p>расстройства мочеиспускания, «кровавая анурия», мочевой затек в клетчатку малого таза</p> <p>недержание мочи и боли над лоном</p> <p>симптомы раздражения брюшины</p> <p>интоксикация и азотемия</p> <p>симптом "ваньки-встаньки"</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
137.	<p>НЕОБХОДИМЫЕ ЭТАПЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. лапаротомия, ушивание дефекта мочевого пузыря, цистостомия, дренирование паравезикального пространства 2. лапаротомия, ушивание дефекта мочевого пузыря, цистостомия 3. внебрюшинная цистотомия, ревизия мочевого пузыря и ушивание дефекта, эпицистостомия и дренирование малого таза по Буяльскому - Мак-Уортеру 4. внебрюшинная цистотомия, ревизия мочевого пузыря, ушивание дефекта его стенки, дренирование мочевого пузыря уретральным катетером 5. внебрюшинная цистотомия, ревизия мочевого пузыря, ушивание дефекта его стенки, дренирование мочевого пузыря уретральным стентом 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
138.	<p>ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2. деформация контуров мочевого пузыря 3. затек контрастного вещества за пределы 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	<p>мочевого пузыря</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. "башенный" мочевого пузыря 5. дивертикул мочевого пузыря 			
139.	<p>РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. цистостомия 2. первичный шов уретры 3. дренирование мочевого пузыря уретральным катетером уретры 4. пластика уретры по Хольцову 5. пластика уретры по Соловому 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
140.	<p>СИМПТОМОМ, НЕХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАЗРЫВА ПРОСТАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. боли в промежности, над лоном 2. острая задержка мочи 3. пальпируемая урогематома на промежности 4. уретроррагия 5. тяжелый шок 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
141.	<p>ПОСЛЕ УШИБА ЯИЧКА КРАЙНЕ МАЛОВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. атрофии яичка 2. инфаркта яичка 3. невралгии 4. злокачественного перерождения 5. варикоцеле 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
142.	<p>УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНО ДЛЯ ПЛОДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. инструментальных методов 2. радиологических методов 3. рентгенологических методов 4. ультразвуковых методов 5. магнито-резонансной томографии 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
143.	<p>УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНО ДЛЯ ПЛОДА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. инструментальных методов 2. радиологических методов 3. рентгенологических методов 4. ультразвуковых методов 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	5. магнито-резонансной томографии			
144.	<p>НА КАКОМ СРОКЕ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в 1-2-й месяц беременности 2. на 2-3-м месяце беременности 3. на 4-5- м месяце беременности 4. на 6-7- м месяце беременности 5. на 8-9- м месяце беременности 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
145.	<p>НА КАКОМ СРОКЕ ПОВТОРНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в 1-2-й месяц беременности 2. на 2-3-м месяце беременности 3. на 4-5- м месяце беременности 4. на 6-7- м месяце беременности 5. на 8-9- м месяце беременности 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
146.	<p>НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ, ПРИЗНАКОМ ПИЕЛОНЕФРИТА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. увеличение размеров почек, гипотония полостей почек 2. билатеральное «отставание» функции, нефрограммы на "поздних" минутах исследования 3. значительное расширение шеек чашечек, «извитость» мочеточников 4. деформация, сдавление шеек и/или «ампутация» чашечек на фоне пиелозктазии 5. патогномоничных признаков пиелонефрита нет 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
147.	<p>ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ ДОЛЖНО СООТВЕТСТВОВАТЬ НЕСКОЛЬКИМ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИНЦИПАМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. деэскалационная рациональная антибиотикотерапия 2. сочетанное применение уроантисептиков и диуретиков 3. рациональная антибиотикотерапия форсирование диуреза 4. рациональная антибиотикотерапия санация очагов инфекции 5. деэскалационная антибиотикотерапия после восстановления уродинамики 	5	ВК ТК ГИА	ПК 3, ПК 6

148.	<p>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. олигурии 2. высокой лихорадке 3. явлениях уретерогидронефроза 4. явлениях хронической почечной недостаточности 5. диагнозе «острый гнойный пиелонефрит» 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
149.	<p>УРОДИНАМИКА ПОСЛЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН НОРМАЛИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. через неделю 2. через 2-4 недели 3. через 1,5 - 2 месяца 4. через 4 месяца 5. не ранее 6 месяцев 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
150.	<p>ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОКАЗАНО ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. камне лоханки почки 2. оксалатурии 3. камне чашечки почки 4. камне мочеточника (размером 3-3 мм. 5. двусторонних камнях почек и хронической почечной недостаточности 	5	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

Практические навыки

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.

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1	Уметь проводить пальпацию живота, пальпацию почек (бимануальная пальпация по Гюйону), пахового канала, определение мочеточниковых точек, дефанса с больной стороны, положительного симптома XII ребра	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
2	Уметь проводить пальпацию и перкуссию мочевого пузыря, уретры (у женщин - трансвагинально)	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
3	Владеть методами осмотра и пальпации мужских половых органов. Определение наличия и степени варикоцеле	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-5,
4	Владеть методикой пальцевого ректального исследования предстательной железы, техникой проведения массажа простаты	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5,
5	Уметь правильно интерпретировать данные лабораторных тестов (ПСА, ТС, ЛГ, ФСГ)	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5,
6	Уметь выявить рентгенологические (КТ- МРТ-), УЗ признаки аномалий развития и признаков воспаления почек, мочеточников, мочевого пузыря	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
7	Уметь правильно интерпретировать данные рентгенологических исследований (обзорной, экскреторной урограмм, ангиграмм и пр.), данные УЗИ и радиоизотопных исследований	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
8	Уметь правильно интерпретировать симптоматику и клинические признаки МКБ. Находить рентгенологические (КТ- МРТ-) признаки конкременты в почках, мочеточниках, мочевого пузыря	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
9	Уметь купировать почечную колику медикаментозно	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-6,
10	Уметь по данным УЗИ и экскреторной урограммы решать вопрос о состоянии контралатеральной (нетравмированной) почки	ТК, ГИА	ПК-5

Ситуационные задачи

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.

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>У больной 13 лет имеются признаки почечной недостаточности: слабость, сухость во рту, жажда. При пальпации в подреберьях определяются безболезненные, бугристые образования. Проба Зимницкого - гипоизостенурия. Биохимический анализ крови выявил высокий уровень азотемических показателей. На обзорной урограмме – контуры почек неровные, размеры их увеличены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Генез заболевания. 3. Перечислите дополнительные исследования необходимые для его уточнения. 4. Какова лечебная тактика. Укажите осложнение, которое является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Как будет называться операция. 5. Перечислите меры вторичной профилактики. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поликистоз почек - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу 2. Пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной поликистоза почек 3 стадии. 3. Для уточнения диагноза показано: УЗИ, МСКТ, сцинтиграфия почек. 4. Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. Нагноение кист. Операция: игнипунктура. 5. Диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение, гипотензивных препаратов. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

2.	<p>У новорожденного Н. медперсонал обратил внимание на ярко красное образование 5х4 см в области лобка с постоянным выделением мочи из этой области.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Экстрофия мочевого пузыря. 2. Врожденное заболевание – результат недоразвития каудального конца эмбриона. 3. Дополнительные исследования нужны для исключения врожденной патологии соседних органов. 4. Показано оперативное вмешательство: пересадка мочеточников в кишечник. 5. а) исключение тератогенных воздействий во время беременности; б) диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение.. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
3.	<p>Мама ребенка 2 лет обратилась к врачу с жалобой на то, что ее ребенок мочится двукратно через 5-10 минут.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каков Ваш предварительный диагноз. 2. Чем объяснить такую симптоматику. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дивертикул мочевого пузыря. 2. Симптомы связаны с опорожнением дивертикула в мочевой пузырь, после опорожнения первого. 3. Дополнительные исследования нужны для исключения врожденной патологии соседних органов. Необходимо УЗИ мочевого пузыря, возможно - экскреторная урография с нисходящей микционной цистографией для исключения ПМР. 4. Показано оперативное вмешательство: иссечение дивертикула. 5. а) исключение тератогенных воздействий во время беременности; б) диета, постоянный 	ТК ГИА	УК 1, ПК 8, ПК 12

		прием уроантисептиков.		
4	<p>К терапевту обратился пациент 22 лет с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры тела до 39,0°C и познабливание, снижение аппетита, тошноту и рвоту, слабость и потливость. Накануне лечился у хирурга по поводу фурункула правого предплечья, который и вскрывал гнойник. Состояние больного ухудшилось после 2 недель лечения - появилась гипертермия. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7 °С. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, в средней трети правого предплечья на месте вскрытого фурункула имеется чистая, инфильтрации тканей нет. Визуально и рентгенологически со стороны зева, органов грудной клетки изменений не выявлено. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в правой подреберно-поясничной области. Почки не пальпируются, симптом XII ребра (-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр.,</p>	<p>1. Острый первичный серозный правосторонний пиелонефрит, возможно с формированием карбункула верхнего полюса правой почки.</p> <p>2. При наличии первичного гнойного очага (фурункула правого предплечья) инфекция (скорее всего в данном случае – высокопатогенный плазмокоагулирующий стафилококк) гематогенным путем попала в паренхиму правую почку, развитию острого пиелонефрита способствовало и переохлаждение больного.</p> <p>3. Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; ДГ почек, МСКТ с контрастированием, обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная; бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.</p> <p>4. Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 3, ПК 5

	<p>соли оксалаты +++ . ОАК: НВ-110 г/л; Л - 12, 8x10*9/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/ч. УЗИ почек: расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки не снижена.</p> <p>1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.</p> <p>2. Патогенез данного заболевания.</p> <p>3. Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.</p> <p>4. Тактика лечения в данном случае.</p> <p>5. Выпишите рецепт на цефотаксим.</p>	<p>патогенетической парентеральной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапий. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 1-1,5 суток показано открытое оперативное вмешательство: ревизия почки с возможной декапсуляцией, рассечением/иссечением карбункула, дренированием чашечно-лоханочной системы, забрюшинного пространства.</p> <p>5. Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0</p> <p>D.t.d. N 20 in flac.</p> <p>S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч.3-5 минут 2 раза в сутки/</p>		
5.	<p>Мама мальчика 2,5 лет обратилась к врачу по поводу постоянного выделения мочи из уретры на фоне нормального самостоятельного мочеиспускания.</p> <p>1. Поставьте диагноз.</p> <p>2. Каков генез заболевания.</p> <p>3. Нужны ли дополнительные методы исследования.</p> <p>4. Какова лечебная тактика.</p>	<p>1. Эктопия устья одного из мочеточников в уретру ниже сфинктера мочевого пузыря.</p> <p>2. Врожденное заболевание – результат неправильного формирования устья мочеточника и треугольника Лъето.</p> <p>3. Экскреторная урография, МСКТ с контрастированием, МРТ.</p> <p>4. Лечение оперативное. Операция:</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>5. Перечислите меры профилактики:</p> <p>а) для матери с учетом последующих беременностей;</p> <p>б) для ребенка</p>	<p>уретроцистонеоанастомоз.</p> <p>5. а) исключение тератогенных воздействий во время беременности;</p> <p>б) диета, постоянный прием уроантисептиков.</p>		
6.	<p>У мальчика 4 лет затрудненное мочеиспускание тонкой нитевидной струей; при каждом мочеиспускании отмечается растягивание в виде шара препунциального мешка.</p> <p>1. Диагноз.</p> <p>2. Каков генез заболевания.</p> <p>3. Нужны ли дополнительные методы исследования.</p> <p>4. Какова лечебная тактика.</p> <p>5. Перечислите меры первичной профилактики.</p>	<p>1. Фимоз.</p> <p>2. Врожденное заболевание – результат неправильного формирования крайне плотной или гигиенических норм.</p> <p>3. Нет.</p> <p>4. Циркумпсия или инструментальное расширение препунциального отверстия.</p> <p>5. Информирование матери о необходимости выполнения постоянных попыток открыть головку полового члена с момента рождения мальчика.</p> <p>Профилактика баланопостита.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
7	<p>Больной 23 лет обратился с жалобами на выделение крови из мочеиспускательного канала, невозможность самостоятельного мочеиспускания, несмотря на ощущение резкого переполнения мочевого пузыря. Перелезая через забор, 4 ч назад упал на него «верхом» и получил ушиб промежности. При осмотре значительное выбухание на промежности; над лобком пальпаторно и перкуторно определяется растянутый</p>	<p>1. Клиническая картина характерна для травмы уретры. Предварительный диагноз: Разрыв уретры.</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо проведение восходящей уретрограммы.</p> <p>3. Ранние: травматический (геморрагический) шок, флегмона промежности, уросесис. Поздние: стриктура уретры.</p> <p>4. Лечение оперативное. Прежде всего, необходима цистостомия. Первичный шов уретры.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 7

	<p>мочевой пузырь.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследования необходимо произвести. 3. Перечислите возможные осложнения. 4. Определите тактику лечения. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике. 	<p>5. Профилактика общего травматизма.</p>		
8.	<p>У мальчика 3 лет половой член уменьшен в размерах, искривлен книзу, мошонка расщеплена на две половины, наружное отверстие мочеиспускательного канала находится на промежности мочеиспускание возможно только сидя.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: <ul style="list-style-type: none"> а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипоспадия (мошоночная форма). 2. Врожденное заболевание – результат недоразвития мужской уретры. 3. Нет. 4. Необходим 1-й этап операции: иссечение рудиментарной хорды уретры для выпрямления полового члена. В 5-6 лет – 2-ой этап: пластика уретры (создание уретры из кожи мошонки). 5. а) исключение тератогенных воздействий во время беременности; б) диета, постоянный прием уроантисептиков. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
9.	<p>У мальчика 8 лет отсутствует правое яичко в мошонке. При рождении в мошонке отсутствовали оба яичка, в возрасте 6 лет левое яичко заняло</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Паховый крипторхизм. 2. Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>нормальное положение. В правой паховой области нечетко пальпируется округлое образование размером 3х2 см.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. УЗИ пахового канала справа. 4. Необходимо оперативное лечение: орхипексия справа 5. а) исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности; б) ежегодный проф. осмотр для исключения онкопатологии 		
10.	<p>Больной 18 лет поступил в клинику по направлению райвоенкомата. Врач призывной комиссии обнаружил в мошонке единственное левое яичко. Правое яичко в мошонке, по ходу пахового канала не определяется.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры вторичной профилактики. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Брюшной крипторхизм или анорхизм справа. 2. Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку или эмбриональной закладки гонады справа. 3. УЗИ пахового канала справа, брюшной полости; сцинтиграфия; лапароскопия. 4. Необходимо оперативное лечение: ревизия пахового канала и брюшной полости при обнаружении яичка низведение яичка или орхэктомия. 5. Исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
11.	<p>У пациента 48 лет накануне обращения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Камень левого мочеточника. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>возник приступ острой боли в левой поясничной области и левой половине живота, после чего прекратилось мочеиспускание и позывы на него. Мочи нет в течение 12 ч. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. 6 лет назад удалена правая почка по поводу почечнокаменной болезни.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3. Можно ли рассматривать состояние больного как неотложную ситуацию. 4. Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания. 5. Методы вторичной профилактики осложнений. 	<p>Пострениальная анурия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная урография, МСКТ почек. 3. Анурия – неотложное состояние. 4. Катетеризация левого мочеточника, чрескожная нефростомия. 		
1	<p>У больного перелом костей таза. Имеет место уретрорагия, ишурия. Общее состояние больного тяжелое. При пальпации определяется выступающий на 2 см над лоном округлой формы мочевого пузыря. Симптомов раздражения брюшины нет. На уретрограммах - затек контрастного вещества за пределы мембранозного</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая картина характерна для травмы уретры. Предварительный диагноз: Перелом костей таза. Разрыв уретры. 2. Для уточнения диагноза необходимо проведение восходящей уретрограммы. 3. Ранние: травматический (геморрагический) шок, флегмона промежности, уросесис. Поздние: стриктура уретры. 4. Лечение 	ТК ГИА	УК 2, ПК 5, ПК 7

	<p>отдела уретры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследования необходимо произвести. 3. Перечислите возможные осложнения. 4. Какое лечение необходимо вероятнее всего. Что надо сделать, прежде всего. Укажите минимально и максимально возможный объем помощи. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике. 	<p>оперативное. Цистостомия. Первичный шов уретры. 5. Профилактика общего травматизма.</p>		
13.	<p>Больной 16 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. В возрасте 6 лет перенес орхопексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоболезненно, плотной консистенции, четких изменений в придатке не обнаружено, паховые лимфоузлы не увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Опухоль правого яичка, вероятно, метастазы в тазовые лимфатические узлы. 2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, КТ, МРТ, гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия). 3. Гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия). 4. От гистологического строения опухоли. 5. Орхэктомия в 6 лет. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>4. От чего зависит объем вероятного оперативного вмешательства.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.</p>			
14.	<p>У пациента пожилого возраста возникла острая задержка мочи (ОЗМ) после приема алкоголя. Обратился в поликлинику.</p> <p>1. Предварительный диагноз. Перечислите все возможные причины ОЗМ.</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. Тактика ведения больного.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.</p>	<p>1. Аденома, рак предстательной железы, склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры, опухоль мочевого пузыря, камень мочевого пузыря.</p> <p>2. Собрать анамнез, провести объективный осмотр, пальцевое ректальное исследование, общий анализ крови, мочи.</p> <p>3. УЗИ мочевого пузыря и почек.</p> <p>4. Направить больно в урологический стационар.</p> <p>5. Здоровый образ жизни, отказ от алкоголя, диспансерное наблюдение уролога</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
15.	<p>Больной 78 лет жалуется на боли в надлобковой области при ходьбе, учащение мочеиспускания, внезапное прекращение струи и возобновление ее после перемены положения тела. Периодически отмечает примесь крови в моче в конце акта мочеиспускания.</p> <p>1. Предварительный диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.</p>	<p>1. Аденома простаты, камень мочевого пузыря.</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимы УЗИ мочевого пузыря и почек, пальцевой ректальный осмотр.</p> <p>3. Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря.</p> <p>4. Аденомэктомия в сочетании с цистолитотомией. При наличии лейкоцитурии (анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия.</p> <p>5. Здоровый образ жизни, наблюдение у</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.</p> <p>4. Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.</p>	<p>уролога, прием уроантисептиков.</p>		
16.	<p>Больная 55 лет поступила в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче, тупые боли в левой поясничной области. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль, входящая в 2 поля зрения цистоскопа на широком основании, прикрывает левое устье. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена, слева-снижена.</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. План лечения.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.</p>	<p>1. Рак мочевого пузыря с вовлечением в процесс устья левого мочеточника.</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек.</p> <p>3. Биопсия опухоли.</p> <p>4. Лечение оперативное: резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией.</p> <p>5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исключение профессиональных вредностей</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
17.	<p>Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на</p>	<p>1. Аденома простаты II ст.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном обследовании простата увеличена, эластична с четкими контурами. На обзорной, экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови- 4,2 ммоль/л, в анализе мочи- до 10 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните. 4. Какой параметр определяет стадию заболевания. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Для уточнения диагноза необходимо ТРУЗИ, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). 3. От типа роста и объема аденоматозной ткани. При объеме менее 60 г – ТУР. При объеме более 60 г и внутрипузырном росте – трансвезикальная аденомэктомия. При объеме более 60 г и парауретральном росте – позадилонная аденомэктомия. 4. Наличие остаточной мочи. 5. Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога. 		
18.	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рак простаты. 2. Для уточнения диагноза необходимо ТРУЗИ, определение уровня ПСА. 3. Биопсия простаты. 4. От стадии заболевания. При стадии 1-2 стадии – радикальная простатэктомия, при 3-4 стадии – орхэктомия, гормонотерапия, лучевая, химиотерапия 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>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>5. Здоровый образ жизни, наблюдение уролога.</p>		
19.	<p>У больного 66 лет на протяжении 1 года отмечается учащенное мочеиспускание, периодически кровь с бесформенными сгустками в моче в конце мочеиспускания. При двустаканной пробе вторая порция мочи цвета «мясных помоев» со сгустками.</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. Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства. Какое исследование его точно определит.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.</p>	<p>1. Аденома простаты, камень мочевого пузыря.</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ мочевого пузыря и почек, пальцевой ректальный осмотр.</p> <p>3. Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря.</p> <p>4. Аденомэктомия в сочетании с цистолитотомией. При наличии лейкоцитурии (анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия.</p> <p>5. Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисетиков.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

20.	<p>Больной 18 лет поступил в клинику с жалобами на тупую боль в правой поясничной области, которую ощущает около 10 лет. В правой половине живота пальпаторно определяется опухолевидное образование. Клинические анализы мочи и крови не изменены. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов не определяются, отмечается расширение чашечно-лоханочной системы, замедление пассажа контрастного вещества. Слева изменений рентгенологической картины нет. На артериограмме почек справа определяется добавочный сосуд, идущий к нижнему полюсу правой почки.</p> <p>1. Диагноз. 2. Каков генез заболевания. 3. Нужны ли дополнительные методы исследования. 4. Какова лечебная тактика. 5. Перечислите меры вторичной профилактики.</p>	<p>1. Врожденный гидронефроз на почве уретеровазального конфликта справа. 2. Врожденное заболевание – результат нарушения оттока мочи из полостной системы правой почки в результате сдавления пиелоуретерального сегмента мочеточника aberrantным сосудом. 3. Больной полностью обследован. 4. Необходимо оперативное лечение: пластика пиелоуретерального сегмента справа по Кучере-Хайнесу-Андерсену. 5. Диспансерное наблюдение. Профилактика воспалительных заболеваний почек.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 2, ПК 5
21.	<p>Больной 34 лет обратился в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую</p>	<p>1. Камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика. 2. Для уточнения диагноза необходимо провести</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

<p>мошонку, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы, примесь крови без сгустков в моче отмечает в течение 4 часов. Прием анальгина не принесло облегчения. Из анамнеза известно, что прошлый год наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. Боли не повторялись, в дальнейшем не обследовался. При осмотре общее состояние удовлетворительное, но больной беспокоен, мечется от болей. Температура тела – 37,2°C. Пульс 80 уд./мин, ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+). Мочевой пузырь перкуторно не определяется.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Перечислите методы лечения почечной колики. 4. Перечислите возможные осложнения. 5. Выпишите рецепт на спазмолитический 	<p>общий анализ мочи и крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, обзорную и экскреторную урографию, МСКТ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Горячая ванна, внутримышечное, внутривенное введение спазмолитика/аналгетика, блокада семенного канатика/круглой связки матки по Лорин-Элштейну, катетеризация мочеточника, уретеропиелоскопия 4. Острый калькулезный пиелонефрит, постренальная анурия (при обтурации мочеточника единственной функционирующей почки), острый гидронефроз, форникальное кровотечение. 5. Rp.: Sol No-spani 2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день 		
--	--	--	--

	препарат.			
22.	<p>Больная 50 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, сухость во рту, слабость, субфебрилитет. Анамнез: во время беременности, 30 лет назад лечилась по поводу острого пиелонефрита. В последующем не обследовалась, хотя периодически отмечался субфебрилитет. В течение 5 лет на фоне субфебрилитета стали беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, повышение артериального давления. В последний год периодически наблюдалось выделение мутных порций мочи, временами повышение температуры тела до 38°C с познанием.</p> <p>Амбулаторно терапевтом проводилось лечение по поводу обострения хронического пиелонефрита. Ухудшение состояния в течение 5 дней - усилились боли в левой поясничной области, сопровождающиеся гипертермией, ознобами, потливостью, слабостью. Объективно: положение вынужденное, левая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах. Разгибание левой нижней конечности вызывает усиление боли в</p>	<p>1. Острый вторичный левосторонний паранефрит, калькулезный левосторонний пионефроз, коралловидный камень левой почки.</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ и экскреторную урографию(с возможным проведением отсроченных R-снимков).</p> <p>3. Калькулезный пионефроз, нефросклероз слева, уросепсис, септический шок, ОПН, ХПН.</p> <p>4. В условиях сохранной функции контралатеральной почки для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия, дренирование брюшинного пространства слева. В послеоперационном периоде – детоксикационная, инфузионная, антибактериальная терапии.</p> <p>5.Rp.: Furosemidi 0,04 D.t.d. N 10 in tabul. S. по 1/2 т. 1 раз в день.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>подвздошной области. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°С. Пульс 98 ударов в 1 минуту, ритмичен, АД – 100/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области, где определяется напряжение мышц. Пальпация не информативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. На обзорной урограмме в проекции левой почки выявлена тень коралловидного конкремента размеров 4х6 см, контур m.psoas четко не визуализируется.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Возможные осложнения данного заболевания. 4. Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае. 5. Выпишите рецепт на фуросемид. 			
23.	<p>Больная 49 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, повышение температуры тела до 38°С, ознобы, слабость. Анамнез: неоднократно в течение многих лет получала амбулаторное лечение по поводу подагры, обострения хронического</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уратный нефролитиаз, обострение хронического, левостороннего пиелонефрита, не исключается острый гнойный калькулезный пиелонефрит слева. 2. Восходящий, на фоне хронического цистита и пиелонефрита, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нефротуберкулез слева; 3. Для уточнения диагноза 	ТК ГИА	УК 1, ПК 4, ПК 6

<p>цистита, пиелонефрита. В последний год стали чаще беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, субфебрилитет, временами повышение температуры тела до 38°C. Ухудшение состояния отмечает 2 дня тому назад после переохлаждения. При осмотре отмечена деформация I плюснефаланговых суставов стоп без гиперемии и отека кожи. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд./мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра (+) слева. Лабораторные данные - ОАМ: лейкоциты сплошь, эритроциты до 8 в п/зр, соли ураты +++; ОАК: Нб – 110г/л; L- 12,9x10⁹/л, Э – 1%; Ю-1%, П-6%; С- 77%, Лимф. – 15%; СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции мочевой системы не выявлено. На экскреторных урограммах контуры левой почки не определяются, контрастного вещества в полостной системе нет, изменения рентгенологической картины правой почки не</p>	<p>необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), посев мочи на ВК, УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ.</p> <p>4. Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование левого мочеточника. На фоне восстановленного пассажа мочи из левой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты для растворения мочевых камней (аллопуринол), улучшающие микроциркуляцию; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии в течение 12-24 часов - оперативное лечение: ревизия почки, нефропиелостомия, декапсуляция, дренирование забрюшинного пространства.</p> <p>5. Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2 литров свободной</p>		
--	--	--	--

	<p>определяется.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз. 2. С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику. 3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 4. Определите тактику лечения. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания. 	жидкости в день.		
24.	<p>Больная 55 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в правой поясничной области ноющего характера, учащенное, малыми порциями мочеиспускание, гипертермию до 39°C, ознобы, потливость, слабость. Анамнез: считает себя больной в течение 10 лет. Ранее ухудшение состояния, как правило, наступало после переохлаждения. Амбулаторное лечение, проводимое участковым терапевтом в течение 2-3 недель антибактериальными препаратами, спазмолитиками, отварами мочегонных трав, купировало атаки на 6-8 месяцев. В последний год стала наблюдать появление мутной мочи, на фоне субфебрилитета.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый правосторонний калькулезный пиелонефрит, пионефроз, нефросклероз справа, обтурирующий камень лоханки правой почки, обострение хронического цистита. 2. Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, посев мочи на ВК, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, цистоскопия с возможной катетеризацией правого мочеточника 3. На фоне рецидивирующего хронического цистита развился восходящий правосторонний пиелонефрит с вторичным камнеобразованием, формированием обтурирующего камня лоханки правой почки, калькулезного пионефроза 	ТК ГИА	ПК 5, ПК 6, ПК 11

<p>Последнее обострение заболевания в течение недели, с момента появления вышеописанных жалоб. Участковым терапевтом направлена на стационарное лечение. Объективно: состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледно – розового цвета, пульс 96 уд./мин, АД- 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом XII ребра (+) справа. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр. ОАК: НВ 100 г/л; Л - 12, 8×10^9/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ- 56 мм/час. На обзорной урограмме в проекции правой почки выявлена тень подозрительная на конкремент размерами 2х3 см. Картина "немой" почки справа наблюдается на радиоизотопной нефросцинтиграмме.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения и уточнения диагноза 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Выпишите рецепт на викасол. 	<p>4. При подтверждении диагноза, наличии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочная открытая операция: ревизия правой почки, пиелолитотомия, пиелонектостомия, дренирование забрюшинного пространства, возможна и нефрэктомия; в послеоперационном периоде: детоксикационная, антибактериальная инфузионная терапии.</p> <p>5. Rp.: S. Vicasoli 1% 1, 0 D.t.d. N 6 in amp S. По 1 мл в мышцу 2 раза в день</p>		
---	---	--	--

25.	<p>Больную 35 лет последние 3 месяца беспокоят приступообразные боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в пах, сопровождающиеся субфебрилитетом, познабливанием. Приступы болей легко купировались спазмолитиками, анальгетиками. Возникший же вчера приступ болей плохо купировался приемом лекарственных препаратов. Сегодня присоединилась высокая (до 38,0°C) температура тела с ознобами, была однократная рвота. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоцитов 7-8 в поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр., соли оксалаты ++++, ОАК: НВ 110 г/л; Л - 9, 8x10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. Рентгенологически на уровне поперечного отростка L³ справа обнаружена тень, подозрительная на</p>	<p>1. Обтурирующий камень верхней трети правого мочеточника, острый калькулезный пиелонефрит. 2. Для уточнения диагноза необходимо выполнить отсроченную урографию через 1,2 часа, УЗИ + ДГ почек. 3. МСКТ с контрастированием, УЗИ + ДГ почек. 4. При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефропиелостомия, в последующем – ДЛТ, нефролитолапаксия. При невозможности консервативно-инструментального восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелолитотомия + детоксикационная, антибактериальная терапия 5. Rp.: Platyphyllini hydrotartratis 0,005 D.t.d. N 12 in tabul. S. по 1т. 2-3раза в день.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
-----	--	--	--------	------------------

	<p>конкремент размерами 1,2x0,8 см. На экскреторных урограммах через 10, 30 минут функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не определяется. Слева визуализируется неизменная почка, чашечно-лоханочная система, мочеточник.</p> <p>1. Ваш предварительный диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза.</p> <p>3. Какой из современных методов обследования дает наиболее достоверную информацию в данном случае.</p> <p>4. Лечебная тактика.</p> <p>5. Выпишите рецепт на платифиллин.</p>			
26.	<p>Больная 26 лет обратилась к врачу - урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, боли в правой пахово-подвздошной области. Болеет в течение недели. Приступообразные боли легко купируются спазмолитиками.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом XII ребра (-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр., соли оксалаты +++.</p> <p>ОАК: НВ-110 г/л; Л - 6,9x10⁹/л, сдвига</p>	<p>1. Мелкий камень нижней трети правого мочеточника.</p> <p>2. Острый аппендицит, острый аднексит, острый цистит, заболевания позвоночника, спинного мозга</p> <p>3. Симптом «указательного пальца» (Лихтенберга) - на экскреторных урограммах определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.</p> <p>4. Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/час. На обзорной урограмме в проекции нижней трети правого мочеточника выявлена тень 0,4*0,2 см, подозрительная на конкремент. На экскреторных урограммах изменений со стороны почек, чашечно-лоханочных систем не выявлено, определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.</p> <p>1. Ваш предварительный диагноз.</p> <p>2. Какие заболевания могут «симулировать» данную патологию.</p> <p>3. Перечислите рентгенологические признаки, указывающие на то, что тень имеет отношение к мочевым путям.</p> <p>4. Какой из современных методов обследования дает наиболее достоверную информацию в данном случае.</p> <p>5. Лечебная тактик.</p>	<p>мероприятия, ЛФК</p> <p>5. Здоровый образ жизни, избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.</p>		
27.	<p>Накануне обращения у больного 50 лет возникли приступы острых болей в пояснично-подреберных областях, которые сопровождались тошнотой, рвотой. Они плохо купировались спазмолитиками и анальгетиками. В течение 18 часов нет позывов на мочеиспускание. В анамнезе: 3 года назад был подобный приступ почечной колики слева с последующим</p>	<p>1. Острая постренальная анурия, уратный нефролитиаз, 2-сторонние обтурирующие камни верхней трети мочеточников.</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо выполнить МСКТ, в том числе и с контрастированием.</p> <p>3. Обтурирующие камни мочеточников, постренальная анурия – неотложное состояние, требующее срочного восстановления пассажа</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

<p>самостоятельным отхождением небольшого камня кирпично-красного цвета. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 37,2°C. Пульс 88 уд./ мин. ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пояснично-подреберных областях. Симптом XII ребра (+) с обеих сторон. При пальпации и перкуссии над лобком мочевой пузырь не определяется. ОАК: НВ 110 г/л; Л -10,8х10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. По данным УЗИ отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем и верхней трети мочеточников до гиперэхогенных образований диаметром 0,8 см, с акустической тенью. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты не выявлено. На экскреторных урограммах через 10, 30 мин отмечается снижение функции почек в виде отсутствия контрастного вещества в лоханках, мочеточниках, мочевом пузыре. Мочи из мочевого пузыря при катетеризации не получено.</p> <p>1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо</p>	<p>мочи из почки.</p> <p>4. Катетеризация / стентирование хотя бы одного мочеточника, пункционная нефростомия. При отсутствии возможности такого восстановления пассажа мочи - уретеролитотомия с нефростомией.</p> <p>5. Rp.: Sol No-spani 2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp. S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день</p>		
---	---	--	--

	<p>произвести для подтверждения диагноза.</p> <p>3. Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию.</p> <p>4. Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.</p> <p>5. Выпишите рецепт на но-шпу.</p>			
28.	<p>Больного 65 лет беспокоят боли внизу живота иррадиирующие в головку полового члена, бесплодные позывы на мочеиспускание. Оперирован по поводу аденомы предстательной железы 2 года назад. Самостоятельное мочеиспускание в послеоперационном периоде восстановилось. Первый года после операции периодически лечился амбулаторно по поводу обострения хронического цистита. Ухудшение состояния последние 2 месяца, когда стал замечать учащенное с резами мочеиспускание, прерывистость струи мочи, периодически примесь крови в последних порциях мочи. За медицинской помощью не обращался, занимался самолечением. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания в течении 6 часов вызвал «скорую помощь». Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы не изменены. Температура тела 36,7°C. Пульс 68</p>	<p>1. Острая задержка мочи. Камень мочевого пузыря, хронический цистит,</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо выполнить ОАМ, ОАК, биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, УЗИ мочевого пузыря и почек, обзорную и экскреторную урографию с нисходящей цистографией, МСКТ, уретроцистоскопию.</p> <p>3. Острая задержка мочи возникает в результате вклинения в шейку мочевого пузыря камня, образовавшегося на фоне инфравезикальной обструкции, инородных тел (лигатуры после операции), хронического цистита.</p> <p>4. При одиночном камне без воспалительных явлений со стороны мочевого пузыря показана - цистолитотрипсия. При наличии цистита, множественных камней – открытое оперативное вмешательство: цистолитотомия с возможной цистостомией.</p> <p>5. Rp.: Sol No-spani 2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp. S. В мышцу по 2 мл 1-2</p>	ТК ГИА	УК 2, ПК 5, ПК 11

	<p>уд./мин, АД – 130/60 мм.рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, над лоном имеется старый окрепший послеоперационный рубец, где при пальпации отмечается болезненность, и определяется перерастянутый мочевой пузырь. Симптом XII ребра (-) с обеих сторон. Катетером из мочевого пузыря выведено до 600 мл мочи розоватого цвета. При ректальном исследовании: рецидив аденомы не выявлен.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза. 3. Каким осложнением обусловлено данное состояние. 4. Определите лечебную тактику. 5. Выпишите рецепт на но-шпу. 	<p>раза в день</p>		
29.	<p>В приемный покой ГБ доставлен больной 37 лет с жалобами на повторяющиеся в течение суток боли в поясничной области слева, сопровождающиеся рвотой, повышение температуры тела до 37,2° С При осмотре пациент ведет себя беспокойно, температура тела 36,6° С, пульс 76 уд./мин, АД-140/70 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, при наличии болезненности в левой подреберно-поясничной, (+) симптоме</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обтурирующий камень пиелоретерального сегмента слева, почечная колика слева. 2. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ, ДГ почек, экскреторной урографии. 3. Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем пиелоретерального сегмента слева, быстрым повышением внутрилоханочного и 	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК 1, ПК 5, ПК 6</p>

	<p>ХП ребра слева . ОАМ: лейкоцитов 6-8 в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр.ОАК: НВ 110 г/л; Л – 10,9х10⁹/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 18 мм/час.</p> <p>Рентгенологически на обзорной урограмме в проекции левой почки определяется «плотная тень» размерами 1,0х1,2 см. При УЗИ почек выявлено увеличение размеров левой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширение чашечно-лоханочной системы с наличием гиперэхогенного образования размерами 1,0х1,2 см в области левого пиелoureтерального сегмента, с «акустической тенью».</p> <p>1. Ваш предполагаемый диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.</p> <p>3. Чем обусловлена клиническая картина.</p> <p>4. Лечебная тактика.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.</p>	<p>интерстициального давления.</p> <p>4. Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из левой почки катетеризацией/стентированием мочеочника, лоханки левой почки, либо пункционной нефропиелостомией с последующим проведением ДЛТ, КЛТ либо открытой пиелолитотомией.</p> <p>5. Своевременная профилактика, диагностика и лечение мочекаменной болезни, здоровый образ жизни, необходимо избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.</p>		
30.	<p>Больной 45 лет доставлен в ГБ с жалобами на интенсивные боли в поясничных областях, больше справа, повышением температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза выяснено, что многие годы лечится</p>	<p>1. Острая уратная нефропатия, мочевого криз с развитием острой интратенальной и постренальной почечной недостаточности, уратный нефролитиаз, уратный камень нижней трети правого мочеточника.</p>	ТК ГИА	ПК 6, ПК 10, ПК 11

<p>амбулаторно по поводу подагры, мочекишлого диатеза и хронического пиелонефрита. После употребления алкоголя, обильной мясной пищи 2 дня тому назад заметил появление мочи кирпично-красного цвета и отметил уменьшение ее количества. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, наблюдается деформация 1 плюснефаланговых суставов стоп без отека и гиперемии кожи. Температура тела – 37,9°C. Пульс 98 уд./мин, АД – 160/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный в пояснично-подреберных областях, больше справа. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра слабо (+) с обеих сторон. ОАМ: лейкоциты ед. в поле зрения, эритроциты до 10 в п/зр, соли ураты ++++. ОАК: Нб – 110г/л; L- 12,9x10*9/л. без сдвига формулы, СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции органов мочевой системы не выявлено. При УЗИ почек отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем с обеих сторон и нижней трети правого мочеточника где визуализируется гиперэхогенное включение до 0,5 см в</p>	<p>2. Острая почечная недостаточность на фоне отравления суррогатами алкоголя, пищевыми продуктами.</p> <p>3. Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, катетеризация/стентирование правого мочеточника.</p> <p>4. Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование правого мочеточника, при восстановлении пассажа мочи из правой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты как для растворения мочевых камней (аллопуринол), так и для улучшения микроциркуляции; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии - гемодиализ, гемосорбция.</p> <p>5. Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2</p>		
--	--	--	--

	<p>диаметре.</p> <p>1. Ваш диагноз.</p> <p>2. С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику.</p> <p>3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения данного заболевания.</p> <p>4. Лечебная тактика.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.</p>	<p>литров свободной жидкости в день.</p>		
31.	<p>К урологу обратилась больная 30 лет с жалобами на боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 37,2° С. 10 часов тому назад отмечает приступ правосторонней почечной колики, сопровождающийся рвотой, учащенным мочеиспусканием. Приступообразные боли легко купированы спазмолитиками. В 25-летнем возрасте, во время беременности, лечилась в женской консультации по поводу пиелонефрита. При осмотре: температура тела 37,6° С, пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичен, АД- 120/60 мм.рт.ст., почки четко не пальпируются, но в правой подреберно-поясничной и подвздошной областях отмечается болезненность, симптом XII ребра положителен справа, симптомов раздражения</p>	<p>1. Уретероцеле справа, почечная колика, острый серозный вторичный пиелонефрит.</p> <p>2. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, цистоскопия, МСКТ с контрастированием / экскреторной урографии.</p> <p>3. Клиническая картина обусловлена развитием вторичного серозного правостороннего пиелонефрита из-за уродинамических нарушений на почве уретероцеле справа.</p> <p>4. Срочное восстановление пассажа мочи из правой почки путем эндоскопического рассечения устья мочеточника с возможной катетеризацией/стентированием мочеточника, проведением антибактериальной, инфузионной терапии.</p> <p>5. Rp.: S. Adroxoni 0,025% 1, 0</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>брюшины нет. Анализ мочи: лейкоцитов 6-8 в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр. Анализ крови: НВ 120 г/л; Л – $9,9 \times 10^9$/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 20 мм/час. На обзорной урограмме четких теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. По данным УЗИ очаговых изменений в паренхиме правой почки нет, отмечается лишь незначительное расширение чашечно-лоханочной системы и нижней трети мочеточника, в проекции устья которого визуализируется эхонегативное (жидкостное) образование овальной формы диаметром до 1,5см, выпячивающееся в мочевой пузырь. В левой почке какой-либо патологии не найдено.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предполагаемый диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза. 3. Чем обусловлена клиническая картина. 4. Лечебная тактика. 5. Выпишите рецепт на адроксон. 	<p>D.t.d. N 10 in amp. S. Подкожно по 1 мл 1- 4 раза в день.</p>		
32.	<p>Больной, 56 лет обратился к врачу-урологу с жалобами на повторяющиеся в течение суток интенсивные боли в левой поясничной области, общую слабость,</p>	<p>1. Обтурирующий камень верхней трети левого мочеточника, левосторонняя почечная колика, острый серозный калькулезный пиелонефрит, уратный</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

<p>повышение температуры тела до 37,8°C. Год назад впервые возникла правосторонняя почечная колика, сопровождающаяся макрогематурией и учащенным мочеиспусканием. На фоне спазмолитической терапии отошел камень размером 0,5 x 0,3 см кирпично-красного цвета. От предлагаемого в то время рентгенологического и УЗИ пациент отказался. При осмотре: температура тела 37,9° С, пульс 88 ударов в минуту, АД-120/60 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, но в левой подреберно-поясничной, подвздошной областях отмечается болезненность, симптом XII ребра положителен слева, симптомов раздражения брюшины нет. Анализ мочи: лейкоцитов 6-8 в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр, соли ураты +++.</p> <p>Анализ крови: НВ 120 г/л; Л – 9,9x10⁹/л с незначительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 28 мм/час. На обзорной урограмме четких теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. По данным УЗИ слева отмечается незначительное расширение чашечек, лоханки и верхней трети мочеточника. Акустические тени диаметром до 0,6 см лоцируются в чашечках и</p>	<p>нефролитиаз, множественные камни левой почки.</p> <p>2. Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение дополнительных исследований: биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, мочевой кислоты, проведение МСКТ с контрастированием, экскреторной урографии, уретероскопии / катетеризации правого мочеточника.</p> <p>3. Клиническая картина обусловлена камнем правого мочеточника, мигрировавшим из почки, что привело к быстрому развитию острого серозного калькулезного пиелонефрита.</p> <p>4. Учитывая небольшие размеры камня в условиях восстановленного пассажа мочи из правой почки спазмолитиками, анальгетиками, катетеризацией правого мочеточника показана консервативная антибактериальная и камнеизгоняющая терапия: обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические мероприятия, ЛФК. При отсутствии эффекта от терапии – катетеризация/стентирование правого мочеточника, уретероскопия, уретеролитоэкстракция.</p>		
--	---	--	--

	<p>верхней трети мочеточника. Справа изменений не выявлено.</p> <p>1. Ваш предполагаемый диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения заболевания.</p> <p>3. Чем обусловлена клиническая картина.</p> <p>4. Лечебная тактика.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.</p>	<p>При отсутствии возможности катетеризации/стентирования мочеточника - пункционная нефропиелостомия с последующим проведением антибактериальной и камнеизгоняющей терапии.</p> <p>5. Своевременная профилактика, диагностика и лечение восходящего пиелонефрита, развивающегося на фоне часто рецидивирующего цистита, здоровый образ жизни, избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.</p>		
33.	<p>Пациентка 53 лет страдает сахарным диабетом на протяжении 20 лет. Жалуется на общее недомогание, тупую боль в правой поясничной области. После переохлаждения в течение 11 дней отмечался субфебрилитет. Несмотря на прием таблетированных антибиотиков, аспирин сохранялась гипертермия, стала нарастать слабость, сухость во рту. Температура тела до 39,2° С, озноб и тахикардия появилась 4 дня тому назад. Больная доставлена в приемный покой ГБ, где при осмотре отмечали тяжелое состояние больной, бледность кожных покровов, иктеричность склер, АД - 100/60 мм.рт.ст.. Почки</p>	<p>1. Острый гнойный пиелонефрит, вторичный паранефрит справа, декомпенсированный сахарный диабет второго типа.</p> <p>2. Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение дополнительных исследований: биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, проведение МСКТ контрастированием, экскреторной урографии.</p> <p>3. Клиническая картина, обусловленная развитием острого гнойного пиелонефрита, вторичного паранефрита у больной, длительное время страдающей сахарным диабетом второго типа,</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>четко не пальпировались, но в правой подреберно-поясничной, подвздошной областях отмечалось болезненность, напряжение мышц, резкая боль в реберно-позвоночном углу, (+) симптом XII ребра.</p> <p>Анализ мочи: лейкоцитов 6-8 в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр. Анализ крови: НВ 120 г/л; Л – $19,9 \times 10^9$/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 52 мм/час. Сахар – 28,8 ммоль/л. На обзорной урограмме четких теней конкрементов в проекции органов мочевой системы не выявлено. По данным УЗИ отмечалось незначительное расширение чашечно-лоханочной системы справа, выраженные диффузные изменения паренхимы правой почки, отечность, утолщение ее до 21 мм, отек паранефральной клетчатки, ограничение подвижности правой почки при дыхании.</p> <p>1. Ваш предполагаемый диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.</p> <p>3. Чем обусловлена клиническая картина.</p> <p>4. Лечебная тактика.</p> <p>5. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.</p>	<p>объясняется несвоевременным, недостаточно эффективным лечением пиелонефрита в амбулаторных условиях.</p> <p>4. Учитывая возраст больной, длительное время страдающей сахарным диабетом второго типа, распространенность гнойного процесса в правой почке и забрюшинном пространстве, необходима предоперационная подготовка, открытая операция: левосторонняя люмботомия, ревизия левой почки, при множественных карбункулах, диффузном апостематозе – нефрэктомия, дренирование паранефрального пространства, проведение в послеоперационном периоде антибактериальной, детоксикационной, инфузионной терапии.</p> <p>5. Декомпенсация сахарного диабета с развитием кетоацидоза, уросепсиса, ДВСС.</p>		
34.	Больной 65 лет поступил в приемный покой с	1. Проведенное обследование выявило	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

<p>жалобами на боли внизу живота, в промежности, внезапно возникшее в течение суток отсутствие самостоятельного мочеиспускания при интенсивных позывах на него. В последние 3 года отмечал вялость струи мочи, учащенное, особенно ночью (до 6 раз) мочеиспускание, отсутствие удовлетворения после акта мочеиспускания.</p> <p>Настоящее ухудшение наступило после приема алкоголя. При осмотре: поведение больного беспокойное, живот мягкий, умеренно болезненный над лоном, где определяется уплотнение, не смещающееся при перемене положения, перкуторный звук над ним тупой. Почки не пальпируются, симптом 12 ребра (-) с обеих сторон.</p> <p>Изменений со стоны наружных мужских половых органов не выявлено Per rectum: простата увеличена в размерах, плотной консистенции, бугристая, контуры нечеткие, бороздка сглажена. Общий анализ крови: Hb-120 г/л; Л - 16, 8x10⁹/л, сдвиг влево лейкоцитарной формулы. СОЭ 42 мм/час. Мочевина крови - 4,2 ммоль/л.</p> <p>1. Какие заболевания является наиболее частой причиной данного страдания.</p> <p>2. Какие осложнения</p>	<p>наличие острой задержки мочеиспускания на фоне аденомы простаты 2 ст.</p> <p>2. Отсутствие у больного явлений почечной недостаточности и острого пиелонефрита дает возможность выполнить неотложную одномоментную аденомэктомию, но для этого необходимо иметь данные о состоянии органов дыхания, ССС и др. При наличии противопоказаний к радикальной операции – наложение троакарной или классической цистостомы.</p> <p>3. Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря, хронический цистит, камни мочевого пузыря.</p> <p>4. Последняя (III) - стадия аденомы простаты называется стадией декомпенсации, характеризуется наличием парадоксальной ишурии, хроническим обструктивным пиелонефритом и развитием ХПН.</p> <p>5. Rp.: Nevigramoni 0,5 D.t.d. N 56 in caps. D.S. по 2 к. 4 раза в день.</p>		
---	---	--	--

	<p>данной ситуации возможны.</p> <p>3. Рекомендуемая в данном случае лечебная тактика.</p> <p>4. Какие дополнительные исследования для уточнения и подтверждения заболевания необходимо произвести.</p> <p>5. Какова в данном случае тактика лечения</p> <p>6. Как называется последняя стадия этого заболевания и чем она характеризуется.</p> <p>Выписать рецепт на невидграмон.</p>			
35.	<p>В приемный покой поступил больной 53 лет с жалобами на интенсивную примесь крови в моче с червеобразными сгустками крови, затрудненное мочеиспускание, ноющие боли в левой поясничной области. Анамнез: впервые аналогичный эпизод безболевого гематурии, отмечался год назад. За помощью не обращался, макрогематурия прекратилась самостоятельно. Вновь гематурию заметил 3 дня тому назад. При осмотре: температура тела - 37,80 С. Пульс 96 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в левом подреберье, где определяется дефанс мышц, четко почка не пальпируется. Синдром XII ребра (+) слева.</p>	<p>1. Опухоль нижнего полюса левой почки.</p> <p>2. Обзорная, экскреторная урография, ангиография, цветное доплеровское картирование почек, рентгенография легких, УЗИ печени и парааортальных лимфоузлов. Ангиография с фармакоангиографией в сомнительных случаях; цветное доплеровское картирование.</p> <p>3. Эндovasкулярная окклюзия (эмболизация) левой почечной артерии.</p> <p>4. Радикальная нефрэктомия с парааортальной лимфаденэктомией.</p> <p>5. Rp.: S. Vikasoli 1% 1,0 D.t.d. N 20 in amp. D.S. по 2 мл 3 раза внутримышечно</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>Микроскопия осадка мочи выявила эритроциты сплошь. Клинический анализ крови: Нв-103г/л, Л-10, СОЭ-53 мм/час. По данным УЗИ имеется гетероэхогенное образование в области нижнего полюса левой почки 6,0x8,0 см без четкой капсулы неправильной формы.</p> <p>1. Каков Ваш предварительный диагноз.</p> <p>2. Каковы дальнейшие диагностические мероприятия.</p> <p>3. Какие виды диагностики наиболее информативны в данном случае.</p> <p>4. Какой способ наиболее предпочтителен для остановки кровотечения из почки.</p> <p>5. Какой способ лечения необходим. Назовите максимальный объем лечебной манипуляции.</p> <p>6. Выписать рецепт на викасол.</p>			
36.	<p>При поступлении в урологическую клинику больная 34 лет предъявляет жалобы на тупые боли в поясничной области, жажду, субфебрильную температуру, повышение АД до 180/110 мм.рт.ст. Анамнез: считает себя больной в течение 5 лет, длительной время лечится амбулаторно у нефролога по поводу хронического пиелонефрита; ранее никогда не обследовалась. При осмотре: в</p>	<p>1. Скорее всего пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больного поликистоз почек 3 стадии.</p> <p>2. Поликистоз - врожденное заболевание,</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>подреберьях, практически симметрично, пальпируются больших размеров малоподвижные образования с бугристыми поверхностями. Анализ мочи: удельный вес -1006, лейкоциты - до 100 в п/зр. Мочевина крови - 9,0 ммоль/л.</p> <p>1. Каков Ваш предварительный диагноз.</p> <p>2. Каков генез заболевания.</p> <p>3. Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения.</p> <p>4. Какова лечебная тактика.</p> <p>5. Какое осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Как будет называться операция.</p>	<p>наследуемое чаще по доминантному типу.</p> <p>3. Для уточнения диагноза показано: УЗИ, обзорная урограмма, инфузионная урография, сцинтиграфия почек. Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные.</p> <p>4. Нагноении кист. Операция: игнипунктура.</p> <p>5. Rp.: S. Cefazolinipatrii 1,0 D.t.d. N 10. D.S. по 1 г 2 раза внутримышечно.</p>		
37.	<p>Больной 20 лет поступил в ГБСМП. Жалобы при поступлении на боли в надлобковой области, промежности, выделение крови из мочеиспускательного канала. Многократные позывы к мочеиспусканию остаются бесплодными. Анамнез: 2 часа назад упал "верхом" на твердый предмет. При осмотре из уретры выделяется свежая алая кровь. Над лонем при пальпации определяется увеличенный мочевой пузырь. Имеется промежностная гематома.</p> <p>1. О повреждении какого органа идет речь. Диагноз и его обоснование.</p> <p>2. Каков механизм</p>	<p>1. Разрыв уретры. Вероятнее всего произошел изолированный полный закрытый разрыв луковичного или перепончатого отдела уретры. Диагноз основан на типичной клинической триаде симптомов: уретроррагия, острая задержка мочи, урогематома промежности.</p> <p>2. Характер травмы говорит о том, что разрыв произошел из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и лонным сочленением. Травмы уретры бывают: - открытые, закрытые; - изолированные,</p>	ТК ГИА	УК 3, ПК 5, ПК 6

	<p>травмы.</p> <p>3. Назовите виды повреждения данного органа.</p> <p>4. Какой метод исследования является основным в диагностике данного вида повреждения.</p> <p>5. Какова лечебная тактика при повреждениях данного органа: а) показания к радикальным мероприятиям (каким); б) показания к паллиативным вмешательствам (каким).</p> <p>6. Выпишите рецепт на урографин.</p>	<p>комбинированные; - полные, неполные; - разрывы всяческого, луковичного, мембранозного, простатического отделов.</p> <p>3. Ретроградная уретрография.</p> <p>4. Радикальная операция: первичный шов уретры (производится в том случае, если с момента травмы прошло не более 12 часов); паллиативная операция: эпицистостомия + антеградное проведение уретрального катетера, дренирование промежностной гематомы.</p> <p>5. Rp.: S. Urographini 76%-20,0 D.t.d. N 2 in amp. D.S. для ретроградной уретрографии.</p>		
38.	<p>В приемный покой ГБСМП доставлен больной 64 лет с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение суток, повышение температура до 38,00С с ознобом. Из анамнеза известно, что расстройства мочеиспускания в виде ослабления струи мочи, ночной поллакиурии, императивных позывов к мочеиспусканию отмечаются в течение последних нескольких лет. Накануне заболевания употреблял алкоголь, наблюдалось переохлаждение. При осмотре: живот мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье и над лоном, где пальпируется</p>	<p>1. Больной страдает аденомой простаты (аденомой парауретральных желез, доброкачественной гиперплазией простаты).</p> <p>2. Острая задержка мочи. Острый пиелонефрит, не исключается гнойный, слева.</p> <p>3. Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря; хронический цистит; камни мочевого пузыря. Пальцевое исследование простаты. УЗИ почек, мочевого пузыря, обзорная, экскреторная урография;</p>	ТК ГИА	УК 3, ПК 5, ПК 6

	<p>увеличенный мочевой пузырь. Симптом XII ребра (+) слева. Температура тела при поступлении 38,20 С.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каким заболеванием страдает больной. 2. Какие осложнения возникли у данного больного. 3. Какие осложнения данного заболевания возможны. 4. Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза. 5. Каковы неотложные лечебные мероприятия в данном случае. 6. Выпишите рецепт на цефазолин. 	<p>анализы крови; исследование состояния сердечно-сосудистой системы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Наложение эпицистостомического дренажа, при наличии изменений в левой почке по данным УЗИ – люмботомия, дренирование ЧЛС и забрюшинного пространства, массивная антибактериальная и детоксикационная терапия. 5. Rp.: S. Cefazolini-natrii 1,0 D.t.d. N 10. D.S. по 1 г 2 раза внутримышечно. 		
39.	<p>Пациентка 48 лет обратилась в поликлинику с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области с иррадиацией в левую половину живота, учащенное мочеиспускание небольшими порциями, окрашивание мочи кровью.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию. 4. Какие осложнения могут развиваться. 5. Перечислите возможные мероприятия 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Почечная колика слева. Камень левого мочеточника. 2. Для уточнения диагноза необходимо сделать ОАМ, ОАК, УЗИ почек, обзорную урографию и экскреторную урографию. 3. Да. 4. Острый пиелонефрит. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек). Прием уроантисептиков курсами. Санаторно-курортное лечение. 	ТК ГИА	ПК 1, ПК 8 ПК 9

	по профилактике основного заболевания.			
40.	<p>У больного 66 лет на протяжении последнего года отмечается учащенное мочеиспускание, периодически с примесью крови в моче с бесформенными сгустками, как правило, в конце мочеиспускания. Наблюдается окрашивание кровью второй порции мочи при двустаканной пробе.</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. Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства? Какое исследование его точно определит?</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.</p>	<p>1. Аденома простаты, камень мочевого пузыря.</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо сделать УЗИ мочевого пузыря, почек, ректальный осмотр.</p> <p>3. Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря.</p> <p>4. Аденомэктомия в сочетании с цистолитотомией. При наличии лейкоцитурии (анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия.</p> <p>5. Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 8, ПК 9
41.	<p>Девочка 12 лет страдает хроническим циститом с обострениями до 2-3 раз в год с 7 лет. Со слов матери последние 2 года периодически появляются тупые ноющие боли в левой поясничной области, чаще в ночное время и во время мочеиспускания, сопровождаются субфебрилитетом,</p>	<p>1. Клиническая картина характерна для пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Хронического рефлюксогенного пиелонефрита (рефлюкс-нефропатии).</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо микционная цистоуретрография.</p> <p>3. Нефросклероз</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>головной болью, слабостью. АД- 130/100 мм рт. ст. Анализ мочи - единичные лейкоциты. Анализ мочи по Нечипоренко - 8000 лейкоцитов. На обзорной урограмме левая почка небольших размеров с неровными контурами, теней конкрементов не определяется. На экскреторных урограммах - функция левой почки снижена, определяется умеренная пиелоэктазия, расширение нижней трети левого мочеточника.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Укажите признаки осложнения основного заболевания. 4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику. 5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания. 	<p>(неровность контура почек слева).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Рентгеннегативный камень мочеточника. 5. Антибактериальная терапия (прием уроантисептиков курсами). <p>Принудительное мочеиспускание через 2,5-3 часа.</p>		
42.	<p>У больного 17 лет, после перенесенного фурункула правого предплечья, появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38,0С, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая картина характерна для острого цистита. 2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. 3. Цистоскопия. 4. Инициальная, тотальная, терминальная. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. С чем связано вынужденное положение больного. 5. Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания. 	<p>иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.</p>		
43.	<p>У женщины 20 лет на следующий день после переохлаждения появилось учащенное, болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая картина характерна для острого цистита. 2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. 3. Цистоскопия. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>боли внизу живота. Температура не повышена.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений. 4. Какие виды гематурий Вам известны. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Инициальная, тотальная, терминальная. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни. 		
44.	<p>У больной 16 лет последние 2 года периодически, чаще в ночное время, возникают приступы острых болей в правой пояснично-подреберной области, сопровождающиеся подъемом температуры до 39°C, ознобом. Неоднократно была осмотрена дежурным хирургом, который данных за острую хирургическую патологию не находил. В дошкольном возрасте наблюдались частые обострения хронического цистита, лечилась у педиатра.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая картина характерна для острого рефлюксогенного пиелонефрита. 2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. 3. Микционная цистография. 4. Цистоскопия. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни. Принудительное мочеиспускание через 2,5-3 часа. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>информацию в данном случае.</p> <p>4. Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.</p>			
45.	<p>У женщины 42 лет наблюдаются частые обострения хронического цистита. Консервативная терапия дает кратковременный эффект.</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. Какое заболевание наиболее вероятно.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.</p>	<p>1. Клиническая картина характерна для обострения хронического цистита на почве других заболеваний мочевого пузыря, уретры, почек, возможно специфического характера.</p> <p>2. УЗИ почек, мочевого пузыря; обзорная, экскреторная урография, общий анализ мочи, посев мочи.</p> <p>3. Цистоскопия, посев мочи на ВК.</p> <p>4. Туберкулез органов мочевыделительной системы.</p> <p>5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
46.	<p>У больного 12 лет после перенесенного фурункула правого предплечья появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38 градусов, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к</p>	<p>1. Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита, паранефрита.</p> <p>2. Обзорная, экскреторная урография, УЗИ почек, ЦДК; общий анализ мочи, посев мочи.</p> <p>3. УЗИ почек с ЦДК, ЭД.</p> <p>4. При наличии очага ишемии почечной паренхимы. Операция:</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. При каких данных УЗИ показано оперативное лечение. Укажите объем оперативного вмешательства. 5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания. 	<p>люмботомия, ревизия правой почки, возможно иссечение карбункула, декапсуляция почки, дренирование забрюшинного пространства.</p> <p>5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы. Профилактика гнойничковых поражений кожи.</p>		
47.	<p>Больная жалуется на учащенное, болезненное в конце акта мочеиспускание с примесью алой крови в последних</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая картина характерна для острого цистита. 2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>каплях мочи. Заболела несколько часов назад. Живот мягкий, безболезненный, с-м XII ребра отрицателен с обеих сторон.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений. 4. Какие виды гематурии Вам известны. 5. Перечислите возможные мероприятия по профилактике заболевания. 	<p>анализ мочи, посев мочи.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Цистоскопия. 4. Инициальная, тотальная, терминальная. 5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни. 		
48.	<p>У больного 46 лет возникла безболевая тотальная гематурия через 2-3 дня после физической нагрузки. В анамнезе туберкулез легких 10 лет назад, лечился, снят с учета у фтизиатров. На УЗИ почек – уродинамика не нарушена, контуры почек ровные, структура не изменена.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести. 3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае. 4. Какое исследование необходимо выполнить для определения источника кровотечения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Туберкулез почки. 2.Для уточнения диагноза необходимо бактериологическое исследование мочи КТ, МРТ почек. 3.Ангиография с экскреторной фазой. 4.Цистоскопия. 5.Здоровый образ жизни. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.			
49.	<p>У больной 76 лет отмечается периодическая задержка мочи в течение нескольких лет, лейкоцитурия. При осмотре: пролапс гениталий.</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. Тактика ведения больной.</p> <p>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.</p>	<p>1. Деформация шейки мочевого пузыря при выпадении матки, хронический цистит (возможно хронический пиелонефрит) за счет неполного опорожнения мочевого пузыря.</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ мочевого пузыря, почек; обзорной, экскреторной урографии и нисходящей цистографии.</p> <p>3. Экскреторная урография и нисходящей цистографией в ортостазе.</p> <p>4. Консультация гинеколога; оперативное лечение (фиксация матки, устранение деформации шейки мочевого пузыря).</p> <p>5. Ограничение физических нагрузок, укрепление мышц тазового дна.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
50.	<p>У пациента пожилого возраста возникла острая задержка мочи (ОЗМ) после приема алкоголя. В течение 3 дней моча выводилась катетером. Самостоятельное мочеиспускание не восстановлено. Госпитализирован в стационар. При поступлении отмечается субфебрильная температура тела.</p> <p>1. Предварительный диагноз. Перечислите все возможные причины ОЗМ.</p> <p>2. Какие дополнительные обследования необходимо</p>	<p>1. Аденома, рак предстательной железы, склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры.</p> <p>2. Собрать анамнез, провести объективный осмотр, пальцевое ректальное исследование, общий анализ крови, мочи.</p> <p>3. ТРУЗИ, УЗИ мочевого пузыря и почек.</p> <p>4. Наложение цистостомического дренажа.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>провести.</p> <p>3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.</p> <p>4. Тактика ведения больного.</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	Уметь проводить пальпацию живота, пальпацию почек (бимануальная пальпация по Гюйону), пахового канала, определение мочеточниковых точек, дефанса с больной стороны, положительного симптома XII ребра	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
2	Уметь проводить пальпацию и перкуссию мочевого пузыря, уретры (у женщин - трансвагинально)	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
3	Владеть методами осмотра и пальпации мужских половых органов. Определение наличия и степени варикоцеле	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-5,
4	Владеть методикой пальцевого ректального исследования предстательной железы, техникой проведения массажа простаты	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5,
5	Уметь правильно интерпретировать данные лабораторных тестов (ПСА, ТС, ЛГ, ФСГ)	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5,
6	Уметь выявить рентгенологические (КТ- МРТ-), УЗ признаки аномалий развития и признаков воспаления почек, мочеточников, мочевого пузыря	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
7	Уметь правильно интерпретировать данные рентгенологических исследований (обзорной, экскреторной урограмм, ангиграмм и пр.), данные УЗИ и радиоизотопных исследований	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
8	Уметь правильно интерпретировать симптоматику и клинические признаки МКБ. Находить рентгенологические (КТ- МРТ-) признаки конкременты в почках, мочеточниках, мочевого пузыря	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
9	Уметь купировать почечную колику медикаментозно	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-6,
10	Уметь по данным УЗИ и экскреторной урограммы решать вопрос о состоянии контралатеральной (нетравмированной) почки	ТК, ГИА	ПК-5

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

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

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

	5) коэффициент молярной экстинкции			
39.	НОРМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ 1) 53 - 97 мкмоль/л 2) 40- 120 мкмоль/л 3) 40- 132 мкмоль/л 4) 0,040 -0,132 ммоль/л 5) 0,060-0,120 ммоль/л	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
40.	ПРЕДПОЛАГАЮТ ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ НАХОДИТСЯ МЕЖДУ ВЕЛИЧИНАМИ 1) 5,5-6,4 ммоль/л 2) 8,6-12,0 ммоль/л 3) 3,3-5,5 ммоль/л 4) 5,5-7,8 ммоль/л 5) 7,8-11,1 ммоль/л	5	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
41.	РЕТИКУЛОЦИТОЗ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ 1) апластической анемии 2) гипопластической анемии 3) гемолитических синдромах 4) метастазах рака в кость 5) гиперпластических анемиях	3	ВК ТК ГИА	ПК-2, ПК-5
42.	ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА: 1) прохождением через неповрежденный почечный фильтр белков низкой молекулярной массы 2) фильтрацией нормальных плазменных белков через поврежденный почечный фильтр в нарушении 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</p> <p>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

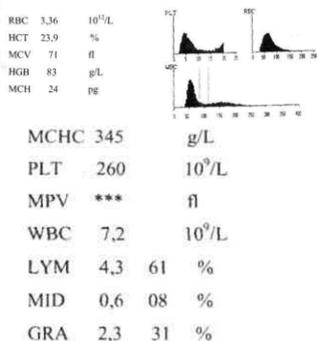
	<p>биохимические методы исследования</p> <p>5. На сколько отличаются между собой концентрации в г% и г/л</p>			
3.	<p>При обследовании больного в динамике были получены результаты активности фермента щелочной фосфотазы</p> <p>исследование 120 у/л</p> <p>исследование 118 мкмоль/м.л</p> <p>Вопросы:</p> <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 авидности IgG. 2. Нет, не было необходимости обследовать беременную по поводу контакта с больным краснухой (не из группы риска). 3. Нет, в данном случае показаний для исследования крови плода не было. 4. Изменений концентрации IgG не было, так как результаты были выданы в разных единицах измерения: в первом случае МЕ/мл, а во втором в титрах. 5. Авидность - характеристика прочности связи специфических антител с соответствующими 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5

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

	<p>глюкозы</p> <p>4. Какой риск развития атеросклероза</p> <p>5. Какие лабораторные тесты целесообразны для уточнения диагноза</p>	<p>фракции – ЛПНП, ЛПВП, триглицериды)</p>		
15.	<p>Больная 65 лет, умеренной тучности. Жалобы на быструю утомляемость, головные боли, боли за грудиной, чувство тяжести в правом подреберье. Из анамнез: мать и родные братья умерли в относительно раннем возрасте от инфаркта миокарда. Сыворотка молочной мутности, при отстое не дает слоя хиломикронов. Холестерин 12,6 ммоль\л, холестерин ЛПВП 0,67 ммоль\л, триглицериды 3,23 ммоль\л.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какому типу гиперлипидемии это соответствует .</p> <p>2. Риск развития атерогенеза</p> <p>3. Почему высокий уровень триглицеридов является риском развития атеросклероза</p> <p>4. Какие патологические состояния имеют такой же фенотип гиперлипидемии</p> <p>5. Показана ли в этом случае фармакологическая гиполипидемическая терапия</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Соответствует ГЛП 2 в типа,</p> <p>2. Выраженный риск развития атеросклероза</p> <p>3. Высокий уровень триглицеридов является источником образования избытка ЛП ОНП,, 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 КРОНАРНОГО 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 КРОНАРНЫЙ 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) гипопроотеинемия; 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) гипопроотеинемия; 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) гипопроотеинемия; 2) повышение проницаемости капилляров; 3) снижение проницаемости капилляров; 4) повышение онкотического давления в капиллярах; 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6</p>

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

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

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

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

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

Практические навыки

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

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13.	<p>В инфекционное отделение поступил больной с жалобами на частый жидкий стул. Заболел 3 дня назад, повысилась температура до 39,0С, головная боль, слабость, частый жидкий стул (15 раз), тенезмы, стали отмечаться прожилки крови в кале, диурез снижен. Объективно: кожные покровы и слизистая полости рта бледные, сухие на ощупь, появляются дополнительные полосы на языке параллельно основанию, пульс до 120 ударов в минуту, АД – 80/40. Живот мягкий, болезненный в области сигмы, которая прощупывается в виде толстого тяжа.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С чем связаны нарушения гемодинамики? 2. Потеря каких электролитов отмечается в первую очередь? 3. Каковы проявления потери ионов натрия? 4. Чем будет характеризоваться нарушение КЩР? 5. Патогенез развития нарушений КЩР у пациента. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение ОЦК, увеличение вязкости крови из-за гемоконцентрации, появление системных расстройств кровообращения. 2. Калий, натрий, кальций, хлор. 3. - Гипоосмоляльность крови и других жидкостей организма. - Гипергидратация клеток и их набухание (в результате оттока жидкости из интерстиция в клетки по возрастающему градиенту осмотического давления). - Снижение тургора, эластичности кожи и слизистых оболочек, их сухость. - Снижение возбудимости нервной и мышечной ткани (в результате повышения порога возбудимости клеток в условиях низкого внеклеточного уровня Na⁺). - Мышечная гипотония (понижение возбудимости миоцитов). - Артериальная гипотензия (в результате снижения тонуса гладкомышечных клеток стенок сосудов, а также уменьшения сократительной функции миокарда и сердечного выброса). - Нарушение ВНД, вплоть до психастении и расстройств сознания. 4. Метаболический ацидоз. 5. В основе развития внутриклеточного метаболического ацидоза лежат снижение К⁺ в клетках и накопление в них избытка H⁺. 	ТК ГИА	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-6
-----	---	--	-----------	--

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

15.	<p>В клинику поступил мужчина 43 лет с жалобами на частые головные боли в затылочной области, периодически возникающую жажду и сухость во рту. При осмотре обращает на себя внимание избыточная масса тела пациента, признаки ангиопатии нижних конечностей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О какой патологии можно думать в данном случае? 2. Назовите компоненты данного синдрома. 3. Патогенез данной патологии. 4. Возможно ли воздействовать на течение данного заболевания путем лечебно-профилактических мероприятий? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Метаболический синдром. 2. Компоненты МС: <ul style="list-style-type: none"> абдоминальная форма ожирения; дислипидемия; повышение артериального давления; инсулинорезистентность и/или нарушение толерантности к глюкозе; высокая активность сосудистого воспаления; предрасположенность к тромбозам. 3. В жировой ткани из-за пониженной антилипидитической активности инсулина развивается избыточный липолиз, в результате которого происходит значительный выброс в кровотока 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 афинности 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> <p>2) самообеспечение граждан в случае</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12

	<p>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.	<p>КАКОЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ОПРЕДЕЛЕНИЙ ПОНЯТИЯ "ЗДОРОВЬЕ"</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p>	ПК-10, ПК-11

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

	<p>НЕ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) территориальные поликлиники 2) профилактории 3) медико-санитарные части 4) диспансеры 5) дет. поликлиники 		ГИА	
12.	<p>НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ВМЕСТЕ С ВРАЧОМ РАБОТАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фельдшер 2) узкий специалист 3) мед. сестра 4) две медицинские сестры 	3	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
13.	<p>В ШТАТ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОЛИКЛИНИКИ НЕ ВХОДЯТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хирург 2) невролог 3) кардиоревматолог 4) окулист 5) психиатр 	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
14.	<p>КАКИЕ ЗАДАЧИ В РАМКАХ ПЕРВОГО ЭТАПА РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.	<p>НАЗОВИТЕ ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.	<p>ПАЦИЕНТЫ, КОТОРЫЕ НА МОМЕНТ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА НЕ ИМЕЮТ ЖАЛОБ И ОБЪЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, НО</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12

	<p>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	<p>ВК ТК ГИА</p>	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	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-10, ПК-11
19.	<p>УЧАТКОВОСТЬ 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 терапевту 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-11, ПК-12

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 2) универсальность знаний и 	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12

	<p>практических навыков и высокая техническая оснащенность</p> <p>3) развитая система мед. страхования</p> <p>4) вызов врача на дом к больному в любое время суток</p> <p>5) все вышеперечисленное</p>			
24.	<p>К АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>1) территориальные поликлиники</p> <p>2) профилактории</p> <p>3) медико-санитарные части</p> <p>4) диспансеры</p> <p>5) дет. поликлиники</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	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	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-11
26.	<p>ПОКАЗАТЕЛЬ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ:</p> <p>1) (число зарегистрированных заболеваний с диагнозом установл. впервые X 1000)/ численность обслуживаемого населения</p> <p>2) (число отдельных заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни с установл. диагнозом X 1000)/ численность обслуживаемого населения</p> <p>3) (число зарегистрированных заболеваний с диагнозом установл. впервые в жизни X 100)/ число отдельных заболеваний с диагнозом установленным впервые в жизни</p> <p>4) (число отдельных заболеваний с диагнозом установл. впервые в жизни X 100)/ число зарегистрированных заболеваний с диагнозом установл. впервые в жизни</p> <p>5) (число отдельных заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни с</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-11, ПК-12

	установл. диагнозом X 10000)/ численность обслуживаемого населения			
27.	<p>НОРМАТИВ ОБСЛУЖИВАЕМОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ОДНОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>1) 1000 человек 2) 2000 человек 3) 1700 человек 4) 2500 человек 5) 1200 человек</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
28.	<p>В ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА НЕ ВХОДИТ:</p> <p>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</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
29.	<p>В СООТВЕТСТВИИ С НОМЕНКЛАТУРОЙ К СТАЦИОНАРНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>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</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
30.	<p>ОСНОВНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>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</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
31.	НЕ ОТНОСИТСЯ К СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ	5	ВК ТК	ПК-11, ПК-12

	<p>ОТДЕЛЕНИЯМ СТАЦИОНАРА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кардиологическое 2) ожоговое 3) нейрохирургическое 4) фтизиатрическое 5) абортарий 		ГИА	
32.	<p>ПОД ПОТРЕБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОНИМАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.	<p>ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.	<p>ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.	<p>БОЛЬНИЦЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЗДАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в городах с населением 1 млн. человек и более 2) в городах с населением 500 тыс. 	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11

	<p>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 использованием специальных сложных</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-11

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

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

	<p>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	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	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	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	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	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-10, ПК-11, ПК-12
47.	<p>ВОЗМЕЩЕНИЕ УЩЕРБА ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ</p>	5	<p>ВК</p> <p>ТК</p>	ПК-10, ПК-12

	<p>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. 		ГИА	
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	ВК ТК ГИА	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	ВК ТК ГИА	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	ВК ТК ГИА	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; 2) история болезни; 	1, 2	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12

	3) договор об оказании медицинских услуг. 4) страховой полис 5) статистический талон			
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, 2) регулирование межинституциональных отношений, возникающих в ходе организации медицинской помощи; 3) регулирование как межличностных, так и межинституциональных отношений. 4) регулирование межличностных и межэтнических отношений 5) регулирование межличностных, межэтнических так и межинституциональных 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 2) госпитализированная заболеваемость 3) полнота охвата беременных диспансерным наблюдением 4) летальность 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 2) материнская смертность 3) полнота обследования беременных 4) среднее число посещений до родов 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 2) 12-14 3) 10-12 4) 5- 10 5) не менее 5</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12
56.	<p>ПОСТУПЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ В</p>	5	ВК ТК	ПК-10, ПК-11

	<p>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 “-” 		ГИА	
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	ВК ТК ГИА	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	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12

Практические навыки

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

Ситуационные задачи

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

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

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

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

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

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

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

	<p>стационара остаётся незначительное чувство дискомфорта в грудной клетке и не сделана контрольная ЭКГ. Какую ошибку допустил лечащий врач стационара?</p>			
16	<p>Назовите основные группы показателей деятельности стационарных медицинских учреждений.</p>	<p>Показатели обеспеченности населения стационарной помощью, показатели работы больничной койки, больничная летальность, послеоперационная летальность, показатель хирургической активности в стационаре.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
17	<p>Как осуществляется преемственность в работе стационарных медицинских учреждений с поликлиническими учреждениями?</p>	<p>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).</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
18	<p>Какие специализированные стационарные учреждения Вы знаете?</p>	<p>Онкологический диспансер, психоневрологический диспансер, противотуберкулезный диспансер, дерматовенерологический диспансер и др. учреждения здравоохранения, оказывающие специализированную медицинскую помощь.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
19	<p>Какие основные медицинские документы заполняются в стационаре</p>	<p>История болезни (форма 027/у)., выписка из истории болезни, карта выбывшего из стационара.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
20	<p>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?</p>	<p>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):</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>

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

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

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

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

	<p>катетера у ребенка образовался тромбоз артерии правого предплечья. Образовавшийся тромб нужно было срочно удалять, однако врачи назначили девочке медикаментозное лечение. В результате не правильно принятых мер девочке ампутировали руку.</p> <p>1 Квалифицируйте преступление. 2 Определите элементы состава преступления.</p>	<p>Объект преступления – здоровье ребенка (потеря органа). Объективная сторона:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öffentliches gefährliches Handeln: unzulässige Ausführung durch medizinisches Personal von beruflichen Pflichten, einschließlich unzulässiger Katheterplatzierung, 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 erfolgt. <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	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
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	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
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	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8
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	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
23	НПВС, ЧАЩЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЮЩИЕ	2	ВК	ПК-5, ПК-6,

	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> <ol style="list-style-type: none"> 1 Показаны ли препараты, выписанные кардиологом? 2 Совместимы ли препараты, выписанные неврологом с препаратами, назначенными для лечения гипертонической болезни и стенокардии? 3 Совместимы ли препараты, назначенные кардиологом? 4 Каковы противопоказания к назначению винпоцетина? 5 Предполагаются ли при этом штрафные санкции при проведении экспертизы качества? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Показаны 2. Совместимы 3. Совместимы 4. Гиперчувствительность, тяжелые формы ИБС и аритмий, повышенное внутричерепное давление, беременность, лактация. 5. Предполагаются. 	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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Расчет показателя стоимость/эффективность(cost-effectivenessanalysis, СЕА): $CEA = \frac{\text{стоимость 7 дней лечения}}{\% \text{эрадикации}}$ 2. СЕА препарата А= $287,8 / 82,6 = 3,48$ 3. СЕА препарата В= $623,7 / 90,9 = 6,87$ 4. Выводы: эффективность двух препаратов кларитромицина является вполне достаточной, 	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 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Ванкомицин, метронидазол. 5. Бактериологическое исследование кала 		
10.	<p>Пациент 68 лет, после протезирования тазобедренного сустава для профилактики ВТЭ назначены новые оральные антикоагулянты.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите препараты данной группы 2. Является ли ограничением к их назначению клиренс креатинина менее 25 мл/мин 3. Укажите режим приема одного из препаратов 4. Обязательным ли является контроль МНО при назначении данных препаратов? 5. При назначении каких оральных антикоагулянтов контроль МНО является обязательным? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ривароксабан, дабигатран, апиксабан 2. Да 3. Дабигатран 150 мг 2 раза в сутки 4. Нет 5. Варфарин, фенилин 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
11.	<p>Больной Л., 6 лет, на фоне ОРВИ отмечается подъем температуры до 38,90 С. Мама ребенка с жаропонижающей целью дала $\frac{1}{4}$ таблетки аспирина по 0,5. Оцените тактику жаропонижающей терапии.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Было ли показано ребёнку 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Да. 2. Аспирин не рекомендован детям до 12 лет 3. НПВС, ацетилсалициловая кислота. 4. Высокий риск развития синдром Рея. 5. Парацетамол. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

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

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

	<p>мг.в сутки. Усиление анальгезии не произошло. Оцените тактику врача.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Групповая принадлежность диклофенака, МНН. 2. Групповая принадлежность мовалиса, МНН. 3. Почему не произошло усиление анальгезии при добавлении мовалиса? 4. Сравнительная безопасность диклофенака и мовалиса. 5. Необходимая коррекция фармакотерапии. 	<p>является более эффективным препаратом, усиление анальгезии не произошло.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Мовалис (Мелоксикам) является более безопасным в дозе 7,5 мг, но в дозе 15 мг. риск НПР сравним с неселективными ЦОГ-2. 5. Показано назначение базисных ЛС. 		
16.	<p>У больного 70 лет диагностирована внебольничная пневмония средней тяжести. Сопутствующее заболевание – сахарный диабет 2 типа, инсулинозависимый. В качестве стартовой терапии назначен ампициллин по 1,0 4 раза в день в мышцу..</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Верно ли выбран препарат для стартовой терапии? 2. Какова верная тактика лечения в данной ситуации? 3. Какова фармакокинетика ампициллина? 4. Возможно ли применение ампициллина у пожилых? 5. Каковы противопоказания к назначению ампициллина? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неверно 2. Следует начать лечение с защищенных пенициллинов (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 Staphylococcus epidermidis, 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, степени защиты;</p> <p>2) метеоусловиями, степенью защиты, площадью зоны заражения;</p> <p>3) наличием противогазов, 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,</p>	<p>Ответы: 1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок. 2. Обезболивание</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5,

	<p>деформация конечности и др.). Вопросы: 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>	<p>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.</p>		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. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какова лечебная тактика при данном состоянии? 3. Куда должен быть госпитализирован больной?</p>	<p>Ответы: 1. Анафилактический шок. Отек Квинке. 2. Необходимо провести следующие мероприятия: • 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 мг • введение жидкости – изотонический раствор хлорида натрия струйно 1000</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>4. Как должна проводиться транспортировка данного больного?</p> <p>5. Прогноз исхода данного состояния?</p>	<p>мл, полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза 200 мл капельно</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>		
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</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром длительного сдавления обеих нижних конечностей. 	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5,

	<p>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>2. Острая почечная недостаточность, как ведущий компонент синдрома длительного сдавления.</p> <p>3. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Инфузионная терапия кристаллоидов 30-40 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии. Шинирование обеих нижних конечностей. 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>		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. 5. Столбняк. Постгеморрагическая анемия 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

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, 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: <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 раствора натрия хлорида, в зависимости от состояния возможно ввести до 5-6 мл препарата 3) 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> <p>4) введение жидкости – изотонический раствор хлорида натрия струйно 1000 мл, полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза 200 мл капельно</p> <p>5) антигистаминные препараты</p> <p>6) при распространении отёка на гортань - адреналин эндотрахеально</p> <p>7) после стабилизации состояния 2-4 мл лазикса</p> <p>8) транспортировка на носилках</p> <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> <p>1. Поставьте диагноз?</p> <p>2. Какие осложнения данной травмы могут развиваться в ближайшее время?</p> <p>3. Назначьте обследование?</p> <p>4. Тактика лечения пациента на догоспитальном этапе.</p> <p>5. Куда должен быть госпитализирован данный пострадавший?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Перелом позвонков поясничного отдела позвоночника.</p> <p>2. Могут развиваться следующие осложнения: 1) внутреннее кровотечение; 2) геморрагический шок; 3) травматический шок</p> <p>3. Рентгенография позвоночника. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Развернутый анализ крови. Общий анализ мочи.</p> <p>4. Обезболивание. Уложить больного на щит. Транспортировка в стационар.</p> <p>5. Пострадавший должен быть госпитализирован в стационар оказывающий нейрохирургическую помощь.</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-12

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 партнером по общению.	ТК ГИА	УК-3, ПК-9

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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие методы и средства обучения использованы педагогом? 2. Раскройте логику развития творчества у студентов на данном занятии. <p>Студенты в группах обсуждают решение какой-либо проблемы, предлагая все новые и новые способы</p>	<p>Распределение студентов на малые группы по пять человек: в студенческой группе из 30 человек получится шесть малых групп. Каждому студенту в каждой малой группе присваивается порядковый номер от одного до пяти.</p> <p>Приготовленный заранее текст разбит на пять смысловых частей. Каждый студент в малой группе получает свою часть текста, над которой работает в течение 15–20 минут.</p> <p>Все студенты малых групп, имеющие порядковый номер 1, собираются в свою новую малую группу, вторые номера – в свою, третьи – в свою и т. д. (получается пять новых малых групп по шесть человек).</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 4. Студенты возвращаются в первоначальные малые группы и преподают своим коллегам материал. <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

	достаточны 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. Гинекология

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

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ЗРАЧКА В СЕРЕДИНЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ</p> <p>1) о наличии гиперандрогении 2) об укорочении II фазы цикла 3) о наличии ановуляторного цикла 4) об укорочении I фазы цикла 5) об отсутствии нарушений в течении обеих фаз</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-1 , ПК-3 , ПК-5 , ПК-6
2.	<p>ПРИ ДВУХФАЗНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ АРБОРИЗАЦИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>1) 4-му дню менструального цикла 2) 7-му дню менструального цикла 3) 10-му дню менструального цикла 4) 13-му дню менструального цикла 5) 16-му дню менструального цикла</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1
3.	<p>ПРИ МИКРОСКОПИИ ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА, ОЦЕНИВАЮЩЕГО ЭНДОКРИННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ, НЕ УЧИТЫВАЮТ:</p> <p>1) принадлежность клеток к тому или иному слою вагинального эпителия 2) степень окраски протоплазмы клеток 3) величину ядер клеток 4) соотношение эпителиальных клеток 5) количество лейкоцитов</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-1 , ПК-6
4.	<p>ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА НА ГРАФИКЕ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВТОРОЙ ФАЗЫ МЕНЕЕ</p> <p>1) 15-16 дней 2) 17-18 дней</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-1 , ПК-5

	3) 19-20 дней 4) 10-12 дней 5) 22-23 дней			
5.	КАРИОПИКНОТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО ОТНОШЕНИЕ 1) эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке 2) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке 3) базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке 4) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам 5) общее число поверхностных клеток в мазке	2	ВК ТК ГИА	ПК-1 , ПК-5
6.	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭСТРОГЕННОЙ НАСЫЩЕННОСТИ ОРГАНИЗМА МАЗКИ НА КОЛЬПОЦИТОЛОГИЮ НАДО ИССЛЕДОВАТЬ В СЛЕДУЮЩИЕ ДНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 1) 1, 3, 5, 7, 9, 13, 15 2) 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 3) 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27 4) 3, 10, 16, 20, 25 5) 7, 14, 21, 29	3	ВК ТК ГИА	ПК-1 , ПК-3 , ПК-5 , ПК-6

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	Больная 27 лет. Обратилась с жалобами на творожистые выделения с запахом. При осмотре – гиперемия вульвы, влагалища, взят мазок. 1. Предварительный диагноз? 2. Какое обследование необходимо провести дополнительно? 3. Поставьте клинический диагноз?	Ответ 1: Кандидозный вульвовагинит или вагинальный дисбактериоз Ответ 2: Посев соскоба для антибиотикограммы Ответ 3: Кандидозный вульвовагинит. Ответ 4: Кандидозный	ВК ТК ГИА	ПК-1

	<p>4. Этиопатогенез заболевания. 5. Противогрибковая терапия данного заболевания.</p>	<p>вульвовагинит - инфекционное поражение слизистой вульвы и влагалища, вызываемое дрожжеподобными грибами рода <i>Candida</i>. Поражает, как правило, женщин репродуктивного возраста, реже встречается у девушек и женщин в периоде пери- и постменопаузы. Возбудителем кандидозного вульвовагинита являются дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>. Грибы рода <i>Candida</i> - условно-патогенные микроорганизмы - в качестве сапрофитов обитают на кожных покровах и слизистых оболочках здоровых людей. Грибы рода <i>Candida</i> могут быть выделены из влагалища практически здоровых женщин при отсутствии клинических признаков кандидозного вульвовагинита (носительство). При определенных условиях под действием экзогенных и/или эндогенных факторов эти грибы становятся патогенными, вызывая заболевание.</p> <p>Ответ 5: Для лечения кандидозного вульвовагинита в настоящее время используются следующие основные противогрибковые препараты: препараты полиенового ряда: нистатин, леворин, амфотерицин В;</p>		
--	---	---	--	--

		препараты имидазолового ряда: кетоконазол, клотримазол, миконазол, бифоназол; препараты триазолового ряда: флуконазол, итраконазол; прочие: гризеофульвин, флуцитозин, нитрофунгин.		
002	<p>Больная 46 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. В анамнезе 5 беременностей: 2 нормальных родов, 3 мед. аборта без осложнений. Последний раз у гинеколога была 6 лет назад. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 2-2 см, контактно кровоточит. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.</p> <p>1. Предварительный диагноз?</p> <p>2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?</p> <p>3. Какое лечение Вы предлагаете?</p> <p>4. Объем операции?</p> <p>5. В чём заключается простая кольпоскопия?</p>	<p>Ответ 1: Рак шейки матки I ст.</p> <p>Ответ 2: Расширенная кольпоскопия, биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание, лимфография, ФЛГ грудной клетки, УЗИ, радиоизотопное скенирование, цистоскопия, общеклиническое обследование.</p> <p>Ответ 3: Комбинированный метод лечения: оперативное лечение + лучевая терапия после операции.</p> <p>Ответ 4: Расширенная экстирпация матки с лимфаденэктомией</p> <p>Ответ 5: Осмотр стенок влагалища, сводов, покровного эпителия влагалищной части шейки матки, формы наружного зева, зоны стыка эпителиев под увеличением в 20-30 раз при помощи кольпоскопа</p>	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6
003	К врачу-гинекологу женской консультации обратилась	Ответ 1: Атрофический	ВК ТК	ПК-1,

	<p>пациентка 62 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из половых путей. Болеет в течение 1 месяца, самостоятельно проводила спринцевания влагалища концентрированным раствором перманганата калия – без эффекта. Из анамнеза: постменопауза в течение 12 лет, гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, ежегодно проходит профилактический осмотр у гинеколога. Соматические заболевания: ожирение II степени, гипертоническая болезнь II. При осмотре в зеркалах: наружные гениталии атрофичны, слизистая влагалища истончена, гиперемирована, отечная, с ломкими инъецированными сосудами. Стенки влагалища густо покрыты гнойными выделениями. Слизистая влагалищной части шейки матки атрофична с инъецированными сосудами. При влагалищном исследовании: шейка и тело матки меньше нормальных размеров. Матка плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. Каковы причины развития заболевания у данной больной? 3. Необходимое обследование для уточнения диагноза? 4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 5. Лечение и профилактика рецидивов? 	<p>(сенильный) кольпит.</p> <p>Ответ 2: Возрастная гипоэстрогения, бесконтрольное применение спринцеваний влагалища.</p> <p>Ответ 3: Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки. УЗИ органов малого таза.</p> <p>Ответ 4: Рак шейки матки, рак эндометрия, ИППП.</p> <p>Ответ 5: Местносанирующее лечение с применением антибиотиков (с учетом выделенной флоры и антибиограммы), препаратов с эстрогенами. Назначение иммуномодуляторов, антигистаминных препаратов. В качестве профилактики рецидивов местное (интравагинальное) пожизненное применение свечей с эстрогенами (Овестин).</p>	ГИА	ПК-5
--	--	---	-----	------

11. Анестезиология и реаниматология

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

Тесты

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

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

Ситуационные задачи

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

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

12. Трансфузиология

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

Тесты

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

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

Ситуационные задачи

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

	<p>3. Как это проверить?</p> <p>4. Нужно ли проводить инструментальные или аппаратные методы обследования?</p>	<p>3. Провести следующие лабораторные исследования: 1) кровь на маркеры вирусных гепатитов; 2) общий развернутый анализ крови; билирубин крови с фракциями; уровень печеночных ферментов в плазме крови (АСТ, АЛТ, ЩФ); уровень фибриногена и протромбиновый комплекс</p> <p>4. Провести УЗИ печени, фиброгастро-дуоденоскопию</p>		
002	<p>Женщина, 42 лет. Работает хореографом. Длительное время (более 1,5 мес) с целью похудения придерживается низкокалорийной диеты и принимает более месяца салуретики с этой же целью. Жалуется на тревожное состояние, дрожь в конечностях, общее недомогание. При осмотре: пониженного питания - рост 168 см, вес 42 кг; сознание ясное, эмоционально возбуждена, кожа и слизистые - сухие, тургор кожи снижен. АД - физиологическая норма, ЧСС 88 уд в минуту. Сухожильные рефлексы резко усилены. Пальценосовую пробу выполнить не может из-за резкого тремора верхних конечностей. В лабораторных анализах обращает на себя внимание в сыворотке крови Mg -0,6 ммоль/л, Са - нижняя граница нормы:</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какие электролитные нарушения развились у больной?</p> <p>2. Причины развития электролитных нарушений?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. У больной развилась 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. Организация лекарственного обеспечения населения РФ

Коды формируемых компетенций: ПК-10

Тесты

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

	<p>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>		ГИА	
--	---	--	-----	--

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 телефона) • Отметка категории пациента 	ТК	ПК-10

		(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		
002	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	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 медицинской организации «Для рецептов»; 3) код	ВК ТК ГИА	ПК-10

		<p>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 основными (обязательными) реквизитами являются</p>	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-10</p>

		<p>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 завышена.</p> <p>4) Срок действия рецепта 10 дней, согласно выписке, не истек.</p>		
--	--	---	--	--

14. 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

15. 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 ПЕРЕДСТОЯЩИЕ 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. КАКИЕ НАЛОГИ ВАМ БУДЕТ НЕОБХОДИМО В СВЯЗИ С</p>	1	ВК ТК	ПК-9

	<p>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</p>	3	ВК ТК	ПК-9

	<p>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>			
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 ИЗМЕНИТСЯ НАЛОГ (ИЗМЕНЕНИЙ ВСИСТЕМЕ НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ</p>	3	ВК ТК	ПК-9

	<p>ИМУЩЕСТВА ЗА ГОД НЕ ПРОИЗОШЛО)?</p> <p>1) должен вырасти на величину инфляции</p> <p>2) должен упасть, так как автомобиль с каждым годом теряет в цене</p> <p>3) не должен измениться, так как налог не зависит от цены автомобиля</p> <p>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 РЕАЛЬНОМ ВЫРАЖЕНИИ</p> <p>1) он вырос на 5%</p> <p>2) он упал на 5%</p> <p>3) он упал на 10%</p> <p>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.</p> <p>2) вложить все средства в американские доллары</p> <p>3) вложить половину средств в британские фунты стерлингов, половину в тайландские баты.</p> <p>4) вложить все средства в британские фунты стерлингов.</p>	3	ВК ТК	ПК-9
10.	<p>НАЧИНАЯ ОТ КАКОЙ СУММЫ ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ДОХОДОВ ИМЕЕТ СМЫСЛ КЛАДЫВАТЬ ЧАСТЬ ДОХОДОВ В КАЧЕСТВЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДУШКИ БЕЗОПАСНОСТИ?</p> <p>1) от 50 000 рублей в месяц.</p> <p>2) от 100 000 рублей в месяц.</p> <p>3) это правильно делать при любой сумме доходов.</p> <p>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	Код
---	--------------------	---------------	---------	-----

			<i>применения</i>	<i>формируемой компетенции</i>
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. оплачивал в течении года лечение ребенка, потратив на это	1: 420000 рублей 2: 54600 рублей	ВК ТК	ПК-9

	<p>50 тысяч рублей и его обучение в вузе стоимостью 200 тысяч рублей в год. (Все необходимые подтверждающие документы имеются). Зарботная 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>			
--	--	--	--	--

16. 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 межжапоневротического 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 черепа, соответствующего</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>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>1) Укажите вид операции,</p>	<p>Ответ 1: Больному предложена операция – аппендэктомия</p> <p>Ответ 2: Косой разрез между наружной и средней третями линии, соединяющей передне-верхнюю подвздошную ось с пупочным кольцом. 1/3 перпендикулярного разреза – выше этой</p>	ВК ТК	ПК-1 , ПК-2 , ПК-6 , ПК-9

	<p>предложенной больному.</p> <p>2) Укажите технику выполнения доступа по Волковичу-Дьяконову.</p> <p>3) Назовите послойную топографию раны при указанном виде разреза.</p> <p>4) Назовите варианты расположения червеобразного отростка.</p> <p>5) Назовите шов, накладываемый на культю червеобразного отростка.</p>	<p>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>		
--	--	---	--	--

17. Частные вопросы андрологии

Коды формируемых компетенций: ПК-5, ПК-2, ПК-6

Тесты

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	ЦЕНТР ЭРЕКЦИИ НАХОДИТСЯ В СПИННОМ МОЗГЕ И СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕМУ СЕГМЕНТУ: 1) L2-L4 1) L2-L4 2) S1-S3 3) Th12-L2 4) L1-L2 5) Th10 - Th12	2	ВК ТК	ПК-2 , ПК-5
2.	У ЧЕЛОВЕКА ЕЖЕДНЕВНО (В СРЕДНЕМ) ОБРАЗУЕТСЯ 1) 20 млн сперматозоидов 2) 40 млн сперматозоидов 3) 63 млн сперматозоидов 4) 123 млн сперматозоидов 5) 153 млн сперматозоидов	4	ВК ТК	ПК-2 , ПК-5
3.	Железой смешанной секреции у мужчин является 1) яичко 2) семенные пузырьки 3) предстательная железа 4) бульбоуретральные железы 5) Ductus deferens	1	ВК ТК	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	У мальчика 8 лет отсутствует правое яичко в мошонке. При рождении в мошонке отсутствовали оба яичка, в возрасте 6 лет левое яичко заняло нормальное положение. В правой паховой области нечетко пальпируется округлое образование размером 3x2 см.	Ответ 1: Паховый крипторхизм Ответ 2: Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку Ответ 3: УЗИ пахового канала справа	ВК ТК	ПК-5 , ПК-6

	<p>1) Диагноз 2) Каков генез заболевания 3) Нужны ли дополнительные методы исследования 4) Какова лечебная тактика 5) Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка</p>	<p>Ответ 4: Необходимо оперативное лечение: орхипексия справа Ответ 5: а) исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности; б) ежегодный проф. осмотр для исключения онкопатологии</p>		
002	<p>Больной 18 лет поступил в клинику по направлению райвоенкомата. Врач призывной комиссии обнаружил в мошонке единственное левое яичко. Правое яичко в мошонке, по ходу пахового канала не определяется.</p> <p>1) Диагноз 2) Каков генез заболевания. 3) Нужны ли дополнительные методы исследования 4) Какова лечебная тактика 5) Перечислите меры вторичной профилактики</p>	<p>Ответ 1: Брюшной крипторхизм или анорхизм справа. Ответ 2: Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку или эмбриональной закладки гонады справа Ответ 3: УЗИ пахового канала справа, брюшной полости; сцинтиграфия; лапароскопия Ответ 4: Необходимо оперативное лечение: ревизия пахового канала и брюшной полости при обнаружении яичка низведение яичка или орхэктомия Ответ 5: Исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности.</p>	ВК ТК	ПК-5, ПК-6
003	<p>Мужчина, 26-ти лет, доставлен в приемный покой больницы с жалобами на болезненное, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 40°C, ознобы. Болен 3 дня. При ректальном исследовании отмечено увеличение предстательной железы, последняя резко болезненная, в правой доле определяется зона флюктуации.</p> <p>1) Ваш диагноз?</p>	<p>Ответ 1: Клиническая картина заболевания и результаты пальпации простаты позволяют диагностировать острый простатит с абсцедированием правой доли. Ответ 2: Больному необходимо выполнить УЗИ простаты Ответ 3: При подтверждении наличия</p>	ВК ТК	ПК-2, ПК-5, ПК-6

	2) Какие дополнительные обследования необходимо провести. 3) Лечебная тактика	гнояника показано его вскрытие		
--	--	--------------------------------	--	--

18. Ургентная хирургия

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-12

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ: 1) Внутрибрюшное кровотечение 2) Кишечные свищи 3) Перитонит 4) Абсцессы брюшной полости 5) Спаечная непроходимость	3	ВК ТК	ПК-6
2.	ДРЕНИРОВАНИЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ЧЕРЕЗ КУЛЬТЮ ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА НАЗЫВАЕТСЯ 1) Дренирование по Пиковскому 2) Дренирование по Керру 3) Дренирование по Вишневскому 4) Дренирование по Кохеру 5) Правильный ответ отсутствует	1	ВК ТК	ПК-5
3.	ПОПЕРЕЧНАЯ БОЛЕВАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПРОЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НОСИТ НАЗВАНИЕ СИМПТОМА 1) Мейо-Робсона 2) Керге 3) Грея-Тернера 4) Мондора 5) Воскресенского	2	ВК ТК	ПК-11

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	На прием к хирургу поликлиники обратился больной М., 19 лет, с	Ответ 1: Острый аппендицит, осложненный	ВК ТК	ПК-6

	<p>жалобами на интенсивную боль в правой подвздошной области, тошноту, рвоту жидкий стул, повышение температуры тела до 38 С. Болеет в течение суток. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледно-розового цвета, живот не вздут, симметричный, при пальпации болезненный и напряженный в правой подвздошной области. Симптомы Воскресенского, Ровзинга, Ситковского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правой подвздошной области. ОАК: лейкоциты 15*10⁹/л, СОЭ – 26 мм/ч. ОАМ – без патологии.</p> <p>1) Диагноз? Тактика хирурга поликлиники?</p> <p>2) Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию в первую очередь? Тактика хирурга приемного отделения стационара?</p> <p>3) Вид и объем лечения?</p> <p>4) Длительность пребывания на больничном листе? Реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе?</p> <p>5) Третичная профилактика?</p>	<p>местным перитонитом. Направить больного в хирургический стационар.</p> <p>Ответ 2: Острый холецистит, острая кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка (ДПК), острый панкреатит.</p> <p>Ответ 3: Больному показана операция: аппендэктомия, дренирование брюшной полости.</p> <p>Ответ 4: 10-21 день. Физиолечение, санаторно-курортное лечение.</p> <p>Ответ 5: Своевременное и адекватное выполнение операции, Консервативная терапия в послеоперационном периоде (антибиотики, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты, физиолечение, перевязки).</p>		
002	<p>Бригадой «Скорой медицинской помощи» осмотрен больной Ц., 43 лет, с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту, высокую температуру до 38°С. Заболел 3 суток назад после обильного обеда с приемом алкоголя. Ранее были значительные боли в правом подреберье, но быстро проходили. Не обследовался. В участковой больнице сделаны</p>	<p>Ответ 1: Острый холецистопанкреатит с явлениями перитонита. Экстренная транспортировка в хирургический стационар.</p> <p>Ответ 2: Для подтверждения диагноза необходимо сделать, : клинические и биохимические анализы крови, мочи с определением диастазы, обзорную рентгеноскопию</p>	ВК ТК	ПК-12

	<p>инъекции платифиллина с димедролом, аспирировано желудочное содержимое, после чего отметил лини, незначительное улучшение состояния. При осмотре: легкая иктеричность склер, язык сухой, густо обложен белым налетом. Пульс 110 уд/мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот в акте дыхания участвует ограниченно, умеренно вздут в эпигастрии. При пальпации выраженное напряжение мышц в правом подреберье и эпигастрии. положительные симптомы Ортнера Мейо-Робсона Кулена. Мондора. Щеткина- Блюмберга: размеры печени по Курлову 10х9х8 см.; печеночная тупость сохранена. В отлогих местах брюшной полости неотчетливое притупление. Перистальтика не прослушивается. Мочеиспускание не нарушено. Газы не отходят.</p> <p>1) Предварительный диагноз и тактика врача «Скорой медицинской помощи»?</p> <p>2) Какие обследования необходимо выполнить больному в стационаре для уточнения диагноза?</p> <p>3) Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.</p> <p>4) Вид и объем лечения?</p> <p>5) Перечислите методы профилактики данной патологии.</p>	<p>брюшной полости. УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы. ФГС.</p> <p>Ответ 3: Перфоративная язва желудка (ДПК), острый мезентериальный тромбоз, кишечная непроходимость, папкронекоз.</p> <p>Ответ 4: Подготовить больного к экстренной операции, для чего необходимо: аспирировать желудочное содержимое; провести инфузионную детоксикационную терапию: физраствор 1000 мл р-р 5% глюкозы 500 мл + корглюкон 0,5 мл панангин 10 мл 4% сода 300 мл одноклассная плазма 300 мл, 5-фторурацил 5% - 10, мл растворе р новокаина 0,25% - 300 мл. Оперативное лечение: лапаротомия, холецистэктомия, дренирование общего желчного протосанация, ревизия, дренирование брюшной полости.</p> <p>Ответ 5: Соблюдение диеты, при наличии хронического калькулезного холецистита – плановая холецистэктомия.</p>		
003	<p>У больного, поступившего в стационар с тяжелой формой острого панкреатита, на 5 сутки от начала заболевания в эпигастриальной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной</p>	<p>Ответ 1: Абсцесс сальниковой сумки.</p> <p>Ответ 2: УЗИ органов брюшной полости, КТ (компьютерная томография по возможности).</p> <p>Ответ 3: Срочная операция - дренирования</p>	ВК ТК	ПК-12

	<p>терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась температура, выросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 96 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется опухолевидное образование до 10 см в диаметре, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные. Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - 18×10^9, эозинофилы - 3, юные - 1, палочкоядерные - 29, сегментоядерные - 52, СОЭ - 48 мм/ч.</p> <p>1) Ваш предварительный диагноз? 2) Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз? 3) Ваша лечебная тактика? 4) Дифференциальная диагностика? 5) Реабилитация и диспансеризация?</p>	<p>сальниковой сумки. Ответ 4: Деструктивный холецистит, аппендицит, опухоль желудка, толстой кишки. Ответ 5: После выписки из стационара: санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. Наблюдение у хирурга в течение года - 1 раз в 3 месяца.</p>		
--	--	--	--	--