

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

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО  
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета  
Кафедра оперативной гинекологии ИПО

## **АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и  
промежуточной и итоговой аттестации обучающихся  
по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология

Красноярск  
2018

Составители: д-р мед. наук, проф. Цхай В.Б., д-р мед. наук, доц. Базина М.И., д-р мед. наук, доц. Макаренко Т.А., канд. мед. наук, доц. Домрачева М.Я., канд. мед. наук, асс. Брехова И.С., канд. мед. наук, доц. Гребенникова Э.К., канд. мед. наук, доц. Костарева О.В., асс. Коновалов В.Н., канд. мед. наук, доц. Шапошникова Е.В., канд. мед. наук, доц. Жирова Н.В., канд. мед. наук, доц. Киселева Е.Ю., канд. мед. наук, доц. Маисеенко Д.А., д-р мед. наук, проф. Егорова А.Т., канд. мед. наук, доц. Ульянова И.О, асс. Кузнецова Д.Е.

31.08.01 Акушерство и гинекология: фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология / сост. д-р мед. наук, проф. Цхай В.Б., д-р мед. наук, доц. Базина М.И., д-р мед. наук, доц. Макаренко Т.А., канд. мед. наук, доц. Домрачева М.Я., канд. мед. наук, асс. Брехова И.С., канд. мед. наук, доц. Гребенникова Э.К., канд. мед. наук, доц. Костарева О.В., асс. Коновалов В.Н., канд. мед. наук, доц. Шапошникова Е.В., канд. мед. наук, доц. Жирова Н.В., канд. мед. наук, доц. Киселева Е.Ю., канд. мед. наук, доц. Маисеенко Д.А., д-р мед. наук, проф. Егорова А.Т., канд. мед. наук, доц. Ульянова И.О, асс. Кузнецова Д.Е. – 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 31.08.01 Акушерство и гинекология, 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. Акушерство и гинекология
2. Производственная (клиническая) практика – симуляционный курс
3. Производственные (клинические) практики
4. Клиническая лабораторная диагностика
5. Патология
6. Общественное здоровье и здравоохранение
7. Клиническая фармакология
8. Медицина чрезвычайных ситуаций
9. Педагогика
10. Онкология
11. Анестезиология и реаниматология
12. Трансфузиология
13. Организация лекарственного обеспечения населения РФ
14. Современные технологии управления в здравоохранении
15. Финансовая культура и грамотность
16. Ювенильное акушерство
17. Ювенильная гинекология

## 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

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

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

### 3. Критерии оценки для оценочного средства: Ситуационные задачи

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

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

# 1. Акушерство и гинекология

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
<b>Физиологическое и патологическое акушерство</b>				
001	<b>СТАНОВЛЕНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ</b> 1. к 16-й неделе беременности 2. к 20-й неделе беременности 3. к 24-й неделе беременности 4. к 28-й неделе беременности	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
002	<b>РАННЯЯ ФУНКЦИЯ ЦИТОТРОФОБЛАСТА СОСТОИТ</b> 1. в гистиотрофном питании зародыша 2. в продукции гормонов ХГ (хорионического гонадотропина) и ПЛ (плацентарного лактогена) 3. в продукции экстрогенов и прогестерона 4. в продукции пролактина	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
003	<b>ПЕРВИЧНЫЕ ВОРСИНКИ ХОРИОНА ОБРАЗУЮТСЯ</b> 1. на 1-й неделе беременности 2. на 2-й неделе беременности 3. на 3-й неделе беременности 4. на 4-й неделе беременности	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
004	<b>ВТОРИЧНЫЕ ВОРСИНКИ ХОРИОНА ОБРАЗУЮТСЯ</b> 1. на 1-й неделе беременности 2. на 2-й неделе беременности 3. на 3-й неделе беременности 4. на 4-й неделе беременности	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
005	<b>ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЮТСЯ</b> 1. синтез коллагена 2. питательная 3. эритропоэз 4. депо инсулина	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
006	<b>ЗРЕЛАЯ ПЛАЦЕНТА ОБРАЗУЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ГОРМОНЫ</b> 1. адреностероидные (АКТР) 2. тиреотропные (ТТГ) 3. адренотропные	4	ВК ТК ГИА	ПК 6

	4. эстрогены			
007	ЭМБРИОПАТИЕЙ НАЗЫВАЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ 1. возникшие на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза 2. возникшие в первом триместре беременности 3. внутриутробные пороки развития плода 4. возникшие во втором триместре беременности	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
008	СВЯЗЬ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА И ПЛОДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО СРЕДСТВАМ 1. плаценты 2. барорецепторы стенки матки 3. водные оболочки плода 4. децидуальной оболочки матки	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
009	ОБМЕН ГАЗАМИ (O <sub>2</sub> И CO <sub>2</sub> ) МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ 1. простой диффузии 2. фагоцитоза 3. избирательной абсорбции 4. пиноцитоза	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
010	ЭМБРИОГЕНЕЗ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ 1. на 4-й неделе развития плода 2. на 6-й неделе развития плода 3. на 8-й неделе развития плода 4. на 10-й неделе развития плода	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
011	ПЛАЦЕНТАЦИЯ НАЧИНАЕТСЯ 1. с 13-й недели развития зародыша 2. когда сосуды вырастают в ворсинки хориона 3. во время формирования зиготы 4. во втором триместре беременности	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
012	ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВОДНЫЙ ОБМЕН ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЕЖДУ 1. плацентарными оболочками 2. матерью и плодом 3. стенками матки 4. децидуальной оболочкой и миометрием	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
013	БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ МАТЕРИНСКОЙ КРОВИ ПРОНИКАЕТ В МЕЖВОРСИНЧАТОЕ ПРОСТРАНСТВО ИСПОЛЬЗУЯ 1. плацентарные перегородки 2. спиральные артерии 3. магистральные сосуды матки 4. венозные сосуды	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
014	ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ	1	ВК ТК ГИА	ПК 6



	<p><b>ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. возрастает объем циркулирующей крови (ОЦК) на 40-50%</li> <li>2. замедляется кровоток в маточных артериях</li> <li>3. усиливается плацентарное кровообращение на 50%</li> <li>4. замедляется плацентарное кровообращение на 50%</li> </ol>			
015	<p><b>ДЛИНА ПЛОДА В 9 СМ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3 мес</li> <li>2. 4 мес</li> <li>3. 5 мес</li> <li>4. 6 мес</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
016	<p><b>ДЛИНА ПЛОДА В 16 СМ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3 мес</li> <li>2. 4 мес</li> <li>3. 5 мес</li> <li>4. 6 мес</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
017	<p><b>ДЛИНА ПЛОДА В 25 СМ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3 мес</li> <li>2. 4 мес</li> <li>3. 5 мес</li> <li>4. 6 мес</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
018	<p><b>ДЛИНА ПЛОДА, НАЧИНАЯ С 24 НЕДЕЛЬ, ВЫСЧИТЫВАЕТСЯ ПУТЕМ УМНОЖЕНИЯ ЧИСЛА МЕСЯЦЕВ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. на 5</li> <li>2. на 4</li> <li>3. на 3</li> <li>4. на 2</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
019	<p><b>В 24 НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА ДЛИНА ПЛОДА РАВНА</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 30 см</li> <li>2. 24 см</li> <li>3. 18 см</li> <li>4. 12 см</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
020	<p><b>В 28 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА ДЛИНА ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 35 см</li> <li>2. 30 см</li> <li>3. 24 см</li> <li>4. 18 см</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
021	<p><b>ПИК ПРИРОСТА ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИХОДИТСЯ НА СРОК</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 16-20 недель</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. 22-24 недели</li> <li>3. 26-36 недель</li> <li>4. 38-40 недель</li> </ul>			
022	<p>В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИСХОДЯТ ИЗМЕНЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. гипохлоргидрия</li> <li>2. усиление моторной функции желудка</li> <li>3. усиление перистальтики кишечника</li> <li>4. увеличение секреции пепсина</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
023	<p>В ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИСХОДЯТ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. гиперкоагуляция</li> <li>2. гипокоагуляция</li> <li>3. коагулопатия потребления</li> <li>4. активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
024	<p>РЕДКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. угрозы выкидыша</li> <li>2. ранний токсикоз</li> <li>3. анемия</li> <li>4. нефропатия</li> </ul>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
025	<p>ПОКАЗАТЕЛЬ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПОЧЕК С 20 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ПОВЫШАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. на 10%</li> <li>2. на 20%</li> <li>3. на 30%</li> <li>4. на 40%</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
026	<p>ДИФФЕРЕНЦИРОВКА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ПЛОДА ПРОИСХОДИТ В СРОК ГЕСТАЦИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 13-20 недель</li> <li>2. 21-26 недель</li> <li>3. 27-34 недели</li> <li>4. 35-40 недель</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
027	<p>ГЕНОТИП ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. набором хромосом (XX или XY)</li> <li>2. особенностью строения внутренних половых органов</li> <li>3. особенностью строения наружных половых органов</li> <li>4. гормональным фоном</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
028	<p>ГЕНОТИП СОВПАДАЕТ С ФЕНОТИПОМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. совпадает всегда</li> <li>2. совпадает не всегда</li> <li>3. только на ранних стадиях развития</li> <li>4. только после рождения</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6

029	СКЛОННОСТЬ К ОТЕКАМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОБУСЛОВЛЕНА 1. повышением осмотического давления в плазме крови 2. нарушением маточно-плацентарного кровотока 3. задержкой кальция в организме 4. увеличением секреции альдостерона	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
030	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. преждевременное созревание плаценты 2. запоздалое созревание плаценты 3. вторичная плацентарная недостаточность 4. преэклампсия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
031	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕГО ВЫКИДЫША 1. истмико-цервикальная недостаточность 2. повышение ХГ 3. снижение АКТГ 4. повышение СТГ	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
032	МАКСИМАЛЬНОЕ РАСТЯЖЕНИЕ МАТКИ ПРОИСХОДИТ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 1. 20-26 недель 2. 27-30 недель 3. 31-36 недель 4. 37-39 недель	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
033	РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1. рецидивирующая 2. артериальная 3. острая, хроническая 4. венозная	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
034	ВЫСОТА ДНА МАТКИ В 32 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ СОСТАВЛЯЕТ 1. 25 см 2. 30 см 3. 35 см 4. 40 см	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
035	ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СОЗРЕВАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ПРИВОДИТ 1. к перенашиванию беременности 2. к патологии эндокринной системы плода 3. к преждевременной отслойке плаценты 4. к гиповолемии беременной	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
036	ЗАПОЗДАЛОЕ СОЗРЕВАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ПРИВОДИТ 1. к перенашиванию беременности	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. к преждевременной отслойке плаценты</li> <li>3. к незрелости плода</li> <li>4. к гипотрофии плода</li> </ol>			
037	<p>СУРФАКТАНТНАЯ СИСТЕМА ЛЕГКИХ ПЛОДА ВЫПОЛНЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. является иммунологическим барьером</li> <li>2. регулирует газообмен, регулирует микроциркуляцию в легких</li> <li>3. снижает поверхностное натяжение и обеспечивает стабильность альвеол в процессе дыхания, регулирует газообмен, регулирует микроциркуляцию в легких, является иммунологическим барьером</li> <li>4. регулирует микроциркуляцию в легких</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
038	<p>В 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ПЛОД ИМЕЕТ МАССУ ТЕЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 500 г</li> <li>2. 800 г</li> <li>3. 1000 г</li> <li>4. 1400 г</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
039	<p>БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ «ЗРЕЛОСТИ» ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОЦЕНКУ ПРИЗНАКА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. симптома "зрачка"</li> <li>2. консистенции влажной части шейки матки</li> <li>3. длины шейки</li> <li>4. проходимости шеечного канала</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
040	<p>ЗАЖИВАНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ПЛОЩАДКИ ПРОИСХОДИТ ПОД ВЛИЯНИЕМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. распада и отторжения остатков децидуальной оболочки</li> <li>2. повышенной регенерации децидуальной оболочки</li> <li>3. деструкции эндометрия</li> <li>4. повышенного синтеза тромбоцитов</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
041	<p>МОЛОЗИВО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ГРУДНОГО МОЛОКА ТЕМ, ЧТО СОДЕРЖИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. меньше белка</li> <li>2. меньше жира</li> <li>3. больше сахара</li> <li>4. больше инсулина на 70%</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
042	<p>ПРЕЖДЕВРЕМЕННО НАЧАВШИЕСЯ ПОТУГИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. о повышении пролактина</li> <li>2. об ущемлении передней губы шейки матки</li> <li>3. о врожденных пороках развития плода</li> <li>4. о поперечном положении плода</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6

043	ГОТОВНОСТЬ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ К РОДАМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ 1. в усилении надпочечниками плода продукции кортизола 2. в повышении продукции тиреотропного гормона у плода 3. в снижении выработки прогестерона тканями плаценты 4. в усиленной продукции гистамина тканями плаценты	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
044	МАССА ТЕЛА ПЛОДА В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ 1. удваивается каждые 4 недели 2. удваивается каждые 6 недель 3. утраивается каждые 5 недель 4. утраивается каждые 15 недель	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
045	СРЕДНИЙ ОБЪЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ СОСТАВЛЯЕТ 1. 100 мл 2. 500 мл 3. 1000 мл 4. 2000 мл	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
046	БИПАРИЕТАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ 1. 7-8 см 2. 9-10 см 3. 11-12 см 4. 13-14 см	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
047	РОСТ ТОЛЩИНЫ ПЛАЦЕНТЫ ПРЕКРАЩАЕТСЯ В СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 1. 27-28 недель 2. 30-31 неделя 3. 33-34 недели 4. 37-40 недель	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
048	ОСНОВНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ЯВЛЯЮТСЯ 1. снижение внутриматочного давления 2. уменьшение объема матки и размеров плацентарной площади 3. нарушение маточно-плацентарного кровообращения 4. расслабление мышц матки	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
049	ПОПЫТКА ВЫДЕЛИТЬ НЕОТДЕЛИВШУЮСЯ ПЛАЦЕНТУ ПРИВОДИТ 1. к расслаблению мышц матки 2. к кровотечению 3. к патологическому повышению эстрогенов	2	ВК ТК ГИА	ПК 6

	4. к резкому снижению АКТГ			
050	ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. аменорея 2. повышение СТГ, АКТГ 3. эритремия 4. наличие сердцебиения плода	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
<b>Физиология и патология послеродового периода</b>				
051	ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО СВЯЗАНА 1. с изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода 2. с эритроцитозом 3. с тромбоцитопенией 4. с эритремией	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
052	ТЕРМИН ИЗОИММУНИЗАЦИЯ ОЗНАЧАЕТ 1. стимуляцию иммунитета 2. подавление иммунитета 3. образование антител 4. снижение реактивности организма	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
053	УСЛОВИЯМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЗУС - КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ 1. наличие резус-положительного плода у резус-отрицательной матери 2. нарушение маточно-плацентарного кровообращения 3. резкое повышение ХГ 4. снижение эритроцитов на 60% и более	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
054	СУЩНОСТЬ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ 1. в тромбоцитопении 2. в лейкоцитопении 3. в анемии 4. в нарушении функции эндокринных желез	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
055	В ПУПОВИННОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ 1. количество гемоглобина 15 г% 2. количество связанного билирубина 300 мг% 3. количество тромбоцитов 6 млн 4. лейкоцитоз 270 мг%	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
056	ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ НОВОРОЖДЕННОГО 1. доношенного 2. недоношенного 3. переносенного 4. зрелого	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
057	ПРИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО ОКСИГЕНАЦИЮ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ	2	ВК ТК ГИА	ПК 6

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. чистым кислородом</li> <li>2. смесью 80-60% кислорода и воздуха</li> <li>3. гелиокислородной смесью (1:1)</li> <li>4. только воздухом</li> </ol>			
058	<p>ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. снижением ОЦК</li> <li>2. повышением гематокрита</li> <li>3. глюкозурией</li> <li>4. гипотонией</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
059	<p>ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ С КОКАРБОКСИЛАЗОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ У СЛЕДУЮЩИХ НОВОРОЖДЕННЫХ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. с гипопагией</li> <li>2. с повышенной массой тела</li> <li>3. перенесших острую асфиксию</li> <li>4. нарушением эндокринной функции</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
060	<p>ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при отсутствии спонтанного дыхания</li> <li>2. при отсутствии сердцебиения</li> <li>3. на фоне адекватной ИВЛ</li> <li>4. при лейкоцитозе</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
061	<p>РАСТВОР ГИДРОКАРБОНАТА НАТРИЯ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипотонию</li> <li>2. судороги</li> <li>3. некроз клеток печени</li> <li>4. усиление мышечного тонуса</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
062	<p>ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО ОБУСЛОВЛЕНА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. его массой</li> <li>2. его ростом</li> <li>3. гестационным возрастом новорожденного</li> <li>4. степенью незрелости новорожденного</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
063	<p>ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. глюкокортикоиды</li> <li>2. пролактин</li> <li>3. прогестерон</li> <li>4. инсулин</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
064	<p>ЛЮБОЕ СУБДУРАЛЬНОЕ ИЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ У ПЛОДА ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. к гемостазу</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. к родовой травме</li> <li>3. к сердечной недостаточности</li> <li>4. к синдрому Дауна</li> </ul>			
065	<p>НЕРАЦИОНАЛЬНАЯ КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. нарушение функции пищеварения</li> <li>2. гипероксическую гипоксию</li> <li>3. подавление углеводного обмена</li> <li>4. гипертонию</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
066	<p>У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕГУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ ДОЛЖНО УСТАНОВИТЬСЯ НЕ ПОЗДНЕЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 60 с</li> <li>2. 90 с</li> <li>3. 120 с</li> <li>4. 5 мин после рождения</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
067	<p>ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА УЧИТЫВАЕТ У НОВОРОЖДЕННОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. лишь внешние клинические признаки</li> <li>2. глубину метаболических нарушений</li> <li>3. состояние сердечнососудистой системы</li> <li>4. нарушение функции печени и почек</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
068	<p>ОТЕЧНО-ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. при наличии у роженицы сердечной патологии</li> <li>2. при гипотрофии плода</li> <li>3. при гипотонии плода</li> <li>4. при синдроме Дауна</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
069	<p>ВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ПЛОДА ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. повышена</li> <li>2. не изменена</li> <li>3. понижена</li> <li>4. как в общей популяции</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
070	<p>У ПЕРЕНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. длина плода больше 55см, окружность головки 30 см</li> <li>2. вторичная гипертрофия, окружность ягодиц 35 см</li> <li>3. увеличение окружности головки, длинные ногти, вторичная гипотрофия, последствие перенесенной гипоксии</li> <li>4. последствие перенесенной гипоксии, гипертрофия</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
<b>Гинекологические заболевания</b>				
071	ГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНА	4	ВК ТК ГИА	ПК 5



	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. золотистым стафилококком</li> <li>2. грамотрицательной флорой</li> <li>3. анаэробами</li> <li>4. ассоциацией микроорганизмов</li> </ol>			
072	<p>СРЕСТВО ДЛЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО ДИАЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. димексид</li> <li>2. настойку календулы</li> <li>3. лидазу</li> <li>4. новокаин</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
073	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ ПЕРФОРАЦИИ ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сдвиг лейкоцитарной формулы влево</li> <li>2. лейкоцитарная формула не изменена, ноющие боли в пояснице, учащенное мочеиспускание</li> <li>3. запор, гипертермия</li> <li>4. озноб, жидкий стул, рези при мочеиспускании</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
074	<p>ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА У БОЛЬНОЙ С ГОНОРЕЕЙ ЗАВИСИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. от формы заболевания</li> <li>2. от остроты процесса и степени тяжести</li> <li>3. от нарушения правил асептики при инвазивных методах диагностики в гинекологии</li> <li>4. от анатомических особенностей гениталий, от возраста</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
075	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИЧЕСКОЙ ПРОВОКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. раствор азотнокислого серебра 0.5% и 2-3%</li> <li>2. раствор линкомицина</li> <li>3. раствор глюкозы</li> <li>4. раствор Люголя</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
076	<p>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ТЕЛА МАТКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. генетические нарушения, сочетание с патологией шейки матки</li> <li>2. тело матки увеличено</li> <li>3. метроррагии, гипертермия, выраженные боли в животе</li> <li>4. сочетается с туберкулезом придатков, аменорея, бесплодие</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
077	ПОЛОВОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ	4	ВК ТК	ПК 6

	<p>ХАРАКТЕРЕН В ОСНОВНОМ ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. микобактерий туберкулеза</li> <li>2. вируса простого герпеса, кишечной палочки</li> <li>3. стрептококков</li> <li>4. трихомонад, гонококков</li> </ol>		ГИА	
078	<p>ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. мазков на цитологию с вульвы и шейки матки</li> <li>2. уровня половых и тропных гормонов до начала терапии</li> <li>3. функционального состояния яичников</li> <li>4. возбудителя и его чувствительности к лекарственным препаратам</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
079	<p>ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА ОТМЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. бесплодием</li> <li>2. болезненное мочеиспускание</li> <li>3. болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком</li> <li>4. боли внизу живота, воспалительная реакция крови</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
080	<p>БОЛЬНЫМ С КИСТОЙ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. УФО</li> <li>2. лечение только в стадию обострения воспалительного процесса</li> <li>3. оперативное лечение - вылушивание кисты бартолиновой железы (в стадию ремиссии)</li> <li>4. коагуляция ткани железы</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
081	<p>МИКРООРГАНИЗМЫ КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ, ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. стафилококки</li> <li>2. Н1N1</li> <li>3. гонококки</li> <li>4. трихомонады</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
082	<p>ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6

	<p>ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ознобы, потливость</li> <li>2. наличие симптомов раздражения брюшины по всему животу</li> <li>3. наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота</li> <li>4. склонность к ограничению воспалительного процесса</li> </ol>			
083	<p>КРИТЕРИЙ ИЗЛЕЧЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТЕЧЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 мес</li> <li>2. 2 мес</li> <li>3. 3 мес</li> <li>4. 4 мес</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
084	<p>В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. вирулентность микроба</li> <li>2. состояние защитных сил организма женщины</li> <li>3. верно 1, 2</li> <li>4. анамнез женщины</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
085	<p>У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ВАРИАНТА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. предменструальные</li> <li>2. постменструальные</li> <li>3. межменструальные</li> <li>4. перемежающиеся</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
086	<p>БОЛЬНЫМ СО СФОРМИРОВАВШИМСЯ ГНОЙНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПРИДАТКОВ МАТКИ (В"ХОЛОДНОМ" ПЕРИОДЕ) ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пункции образования через задний влагалищный свод, опорожнения гнойной полости и введения в нее антибиотиков</li> <li>2. хирургическое лечение</li> <li>3. терапии пирогеналом</li> <li>4. терапии гоновакциной</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
087	<p>ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА ПО ТИПУ НЕВРАЛГИИ ТАЗОВЫХ НЕРВОВ МЕНЕЕ ЭФФЕКТИВНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. антибиотикотерапия</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. электрофореза амидопирина</li> <li>3. диадинамических токов</li> <li>4. ультрафиолетовой эритемотерапии</li> </ul>			
088	<p>ФОНОФОРЕЗ С НАФТАЛАНОМ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. нарушением менструального цикла по типу олигоменореи</li> <li>2. давности заболевания до 5 лет</li> <li>3. гипоэстрогенией</li> <li>4. миомой матки больших размеров</li> </ul>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
089	<p>У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ ИАБСОЛЮТНОЙ ГИПЕРЭСТРОГЕНИЕЙ ПОКАЗАНЫ ФИЗИОПРОЦЕДУРЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. фонофореза с нафталаном</li> <li>2. электрофореза йодистого калия</li> <li>3. радоновых ванн</li> <li>4. воздействия переменного магнитного поля низкой частоты</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
090	<p>У БОЛЬНЫХ С ТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. тахикардии (до 120 в минуту)</li> <li>2. выраженной одышки</li> <li>3. отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки</li> <li>4. гипотонии</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
091	<p>ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГАРДНЕРЕЛЛЕЗОМ ОБЫЧНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. сукровичные</li> <li>2. гнойные</li> <li>3. обильные, тягучие, серого цвета</li> <li>4. скудные, слизистые</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
092	<p>ЛЕЧЕНИЕ ГАРДНЕРЕЛЛЕЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПРИМЕНЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. доксициклина</li> <li>2. метранидазол + далацин</li> <li>3. далацина С</li> <li>4. кондилиин</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
093	<p>БОЛЬНЫМ С ХЛАМИДИЙНЫМ ЦЕРВИЦИТОМ (ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. доксициклин</li> <li>2. эритромицин</li> <li>3. сумамед</li> <li>4. ампицилли</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
094	<p>БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМ ВУЛЬВИТОМ</p>	2	ВК ТК	ПК 6

	<p>НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ОТМЕЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. повышение температуры тела до 39гр.С, тошнота, рвота</li> <li>2. жжение в области вульвы, серозно-гнойные выделения</li> <li>3. признаки раздражения брюшины</li> <li>4. сдвиг лейкоцитарной формулы влево</li> </ol>		ГИА	
095	<p>ХРОНИЧЕСКИЙ ВУЛЬВИТ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. увеличивается бартолиновая железа</li> <li>2. кожа половых органов утолщена, имеются синехии вульвы</li> <li>3. имеются язвочки различной величины, гнойное отделяемое</li> <li>4. образуется киста во влагалище</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
096	<p>КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ИСТИННОГО АБСЦЕССА БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. метроррагия, снижение гемоглобина</li> <li>2. симптомы раздражения брюшины, внутренне кровотечение</li> <li>3. озноб, тяжелое общее состояние больной</li> <li>4. наличие болезненного багрового образования в толще средней и нижней трети большой половой губы</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
097	<p>ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. консистенция хрупкая, легко кровоточит</li> <li>2. шипообразные разрастания, часто расположены в области вульвы</li> <li>3. имеют широкое инфильтрированное основание</li> <li>4. самостоятельно мигрируют на различные участки вульвы и влагалища</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
098	<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. всегда острое начало заболевания</li> <li>2. склонность к образованию свищей</li> <li>3. выраженность патологических изменений не соответствует жалобам больной, бесплодие</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6

	4. выраженность патологических изменений соответствует жалобам больной			
099	<p>КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. болезненность в области заднего свода при ректальном исследовании</li> <li>2. рецидивирующее воспаление придатков, постепенность развития клиники</li> <li>3. быстрое развитие клиники заболевания</li> <li>4. изменение количество лейкоцитов в крови в первые часы заболевания</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
100	<p>ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ГЕНИТАЛИЙ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. цервицит, сальпингоофорит</li> <li>2. бартолинит, вульвит</li> <li>3. перитонит</li> <li>4. параметрит</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
101	<p>БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМ ВУЛЬВИТОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ОТМЕЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. высокая температура тела, признаки интоксикации</li> <li>2. острое развитие клиники, гнойные обильные выделения</li> <li>3. иррадиация болей в прямую кишку</li> <li>4. нарушение менструального цикла</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
102	<p>ХРОНИЧЕСКИЙ ВУЛЬВИТ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. слизистые ярко гиперемированы, обширны язвы с грубыми краями</li> <li>2. склонность к образованию сенехий вульвы, хронический уретрит, цистит</li> <li>3. часто присоединяется парапроктит</li> <li>4. аменорея</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
103	<p>КЛАССИФИЦИРУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. субклиническую, параклиническую</li> <li>2. юношескую</li> <li>3. острая, хроническую</li> <li>4. злокачественную</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

104	ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ 1. менструальный цикл не нарушен 2. альгодисменорея 3. гиперполименорея 4. аменорея	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
105	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИМЕНЯЮТ 1. кондилиин, хирургическое лечение 2. обработка абакталом 3. ванночки с ромашкой 4. диатермокоагуляция	1	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
106	ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ 1. циклическая гормональная терапия 2. антибактериальная терапия на фоне лечение непрямыми антикоагулянтами 3. лечение антимикотиками, контроль за терапией, лечение полового партнера 4. оперативное лечение при отсутствии эффекта от консервативной терапии	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
107	УСЛОВИЯ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ПРОНИКНОВЕНИЮ МИКРОБОВ В МАТКУ И ЕЕ ПРИДАТКИ 1. использование барьерных средств контрацепции 2. постоянный половой партнер, недостаток витамина Е 3. зияние наружного зева и половой щели, нарушения гигиены, инвазивные исследования 4. длительная гормональная контрацепция	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
108	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ 1. брюшная беременность 2. маточная беременность 3. вторичное бесплодие, трубная беременность 4. беременность в рудиментарном роге	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
109	ПРИ ВЗЯТИИ МАЗКОВ НА ГОНОРЕЮ НЕОБХОДИМО 1. тщательная санация гениталий перед взятием мазка	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	<p>2. брать мазок после окончания антибактериальной терапии</p> <p>3. брать мазок до назначения антибактериальной терапии</p> <p>4. можно ограничиться взятием мазка с вульвы</p>			
110	<p>ОТМЕЧАЕТСЯ СВЯЗЬ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ТУБОУВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ</p> <p>1. с родами через естественные родовые пути</p> <p>2. с операцией кесарева сечения</p> <p>3. с длительным ношением ВМС, хроническим сальпингоофоритом, отсутствием использования барьерных контрацептивов</p> <p>4. с наличием бактериального вагиноза, ВИЧ-инфекции</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
111	<p>ОСОБЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ</p> <p>1. только оперативное лечение</p> <p>2. в качестве контрацепции рекомендуется ВМС</p> <p>3. начало антибактериальной терапии после медикаментозного обострения процесса, лечение хронического эндометрита</p> <p>4. антибактериальная терапия назначается сразу, лечение эндометрита - при наличии клиники</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
112	<p>ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ВЗОМТ НЕСПЕФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>1. предупреждение абортов</p> <p>2. соблюдение режима труда и отдыха</p> <p>3. взятие мазков на степень чистоты влагалища 1 раз в год</p> <p>4. введение ВМС с учетом противопоказаний</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 2
113	<p>ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО САЛЬПИНГООФОРИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ</p> <p>1. УЗИ и лапароскопию</p> <p>2. гистероскопию</p> <p>3. компьютерную томографию</p> <p>4. маммографию</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
114	<p>ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ ОСЛОЖНЯЮТСЯ</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5



	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. перфорация образования с развитием перитонита</li> <li>2. сепсис формированием свищей</li> <li>3. учащения развития эндометриоза яичников</li> <li>4. повреждение других органов</li> </ol>			
115	<p>ТОКСИЧЕСКАЯ СТАДИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. снижением фагоцитарной активности лейкоцитов</li> <li>2. снижением числа моноцитов</li> <li>3. резким нейтрофилезом</li> <li>4. лейкопенией</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
116	<p>В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ПЕРИТОНИТА, РАЗВИВШЕГОСЯ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. вследствие несостоятельности швов на матке, метроэндометрита</li> <li>2. вследствие перфорации тубовариальной опухоли</li> <li>3. вследствие развившегося системного заболевания, аллергической реакции на лекарственные препараты</li> <li>4. вследствие наличия кесарева сечения в анамнезе</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
117	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. обнаружение свободной жидкости в брюшной полости, симптом раздражения брюшины</li> <li>2. при проведении волдырной пробы его рассасывание наблюдается через 40 мин.</li> <li>3. наличие крови в моче, монотонный удельный вес мочи</li> <li>4. сдвиг рН содержимого влагалища в щелочную сторону</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
118	<p>ПРЕРЫВАНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА ПРОИСХОДИТ ЧАЩЕ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 11-12 недель</li> <li>2. 9-10 недель</li> <li>3. 7-8 недель</li> <li>4. 4-6 недель</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

119	<p>ДИАГНОСТИРУЯ У БОЛЬНОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩУЮ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. консервативное противовоспалительное лечение</li> <li>2. лапароскопия</li> <li>3. гемотрансфузия</li> <li>4. наблюдение в ж/к</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
120	<p>ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИИ ВЫЯВЛЕНА ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОЙ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ТАКТИКА ВРАЧА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. немедленное удаление плодного яйца</li> <li>2. операцию можно произвести в плановом порядке</li> <li>3. возможно консервативное лечение больной</li> <li>4. назначить антибиотики</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
121	<p>СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОЙ, ОПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ СОСТАВЛЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2-3 недель</li> <li>2. 4-5 недель</li> <li>3. 6-7 недель</li> <li>4. 8-9 недель</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 4
122	<p>ВОЗМОЖНЫМ ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯИЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. желтое тело</li> <li>2. разрыв фолликулярной кисты яичника</li> <li>3. разрыв кисты желтого тела</li> <li>4. разрыв фолликулярной кисты или кисты желтого тела</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
123	<p>НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гемотрансфузия, операция</li> <li>2. консультация терапевта, анестезиолога, операция</li> <li>3. ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция</li> <li>4. операция, инфузионно-трансфузионная терапия</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
124	<p>ШОКОВЫЙ ИНДЕКС - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1</li> <li>2. отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 1</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	<p>3. отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0.5</p> <p>4. отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0.5</p>			
125	<p>ДИАГНОСТИРОВАВ ПЕРИТОНИТ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ, ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ В ОБЪЕМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. экстирпация матки с придатками</li> <li>2. надвлагалищная ампутация матки с придатками</li> <li>3. экстирпация матки с трубами</li> <li>4. надвлагалищная ампутация матки с трубами</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
126	<p>У БЕРЕМЕННОЙ ВЫЯВЛЕНО: НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ПРИОТКРЫТ. АЛЫЕ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА. МАТКА УВЕЛИЧЕНА ДО 8 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ. ПРИДАТКИ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ. СВОДЫ СВОБОДНЫ.</p> <p>ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. трубный аборт</li> <li>2. нарушенная маточная беременность</li> <li>3. апоплексия яичников</li> <li>4. обострение воспалительного процесса придатков матки</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
127	<p>АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. боли внизу живота, возникающие на фоне полного благополучия</li> <li>2. отсутствие наружного кровотечения</li> <li>3. отрицательные биологические реакции на беременность</li> <li>4. резко выраженное нарастание числа лейкоцитов в крови</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
128	<p>ВНУТРИКОЖНЫЙ ВОЛДЫРЬ (ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАК-КЛЮРА - ОЛДРИЧА) ПРИ ПЕРИТОНИТЕ В РЕАКТИВНОЙ СТАДИИ РАССАСЫВАЕТСЯ ЗА ПЕРИОД ВРЕМЕНИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. от 60 мин до 45 мин</li> <li>2. от 45 мин до 20 мин</li> <li>3. от 20 мин до 10 мин</li> <li>4. от 10 мин до 2 мин</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
129	<p>ВНУТРИКОЖНЫЙ ВОЛДЫРЬ (ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАК-КЛЮРА - ОЛДРИЧА) ПРИ ПЕРИТОНИТЕ В ТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ РАССАСЫВАЕТСЯ ЗА ПЕРИОД ВРЕМЕНИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. от 60 мин до 45 мин</li> <li>2. от 45 мин до 20 мин</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. от 20 мин до 10 мин</li> <li>4. от 10 мин до 2 мин</li> </ol>			
130	<p>ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНОЙ, ОПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ ПЕРИТОНИТА, ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С ВВЕДЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. эритроцитарной массы</li> <li>2. 5% раствора глюкозы</li> <li>3. плазмозаменителей</li> <li>4. антибиотиков</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
131	<p>ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. увеличения шейки матки</li> <li>2. расположения эксцентрично маточного зева</li> <li>3. асимметричности шейки матки</li> <li>4. положения маточного зева в центре нижнего полюса растянутой шейки матки</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
132	<p>ПРОВЕДЕНИЕ МЕДАБОРТА В САМОМ НАЧАЛЕ ОПЕРАЦИИ ОСЛОЖНИЛОСЬ ОБИЛЬНЫМ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ДИАГНОСТИРОВАНА ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, НЕОБХОДИМО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ускорить удаление плодного яйца кюреткой</li> <li>2. попытаться удалить плодное яйцо пальцем</li> <li>3. чревосечение, экстирпация матки</li> <li>4. удаление плодного яйца с помощью вакуум-экскохлеатора</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
133	<p>ПРОГРЕССИРУЮЩУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ НАДО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. с беременностью в интерстициальном отделе трубы</li> <li>2. с кистой яичника</li> <li>3. с шейчной беременностью</li> <li>4. опухолью яичника</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
134	<p>РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (С БОЛЬШОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ), ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НАПРАВЛЕННО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. на устранение гиповолемии</li> <li>2. раннюю активизацию</li> <li>3. профилактика тромбоэмболии</li> <li>4. улучшение функции печени</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
135	<p>АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. внутрибрюшное кровотечение</li> <li>2. перитонит</li> <li>3. угроза перфорации тубоовариального абсцесса</li> <li>4. пельвиоперитонит</li> </ol>			
136	<p>АДЕНОМИОЗ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гиперплазия мышечной ткани матки</li> <li>2. равномерное увеличение размеров матки накануне менструации</li> <li>3. неравномерное увеличение размеров матки накануне менструации</li> <li>4. образования в миометрии плотных узлов, окруженных капсулой</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
137	<p>РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ III СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. "прорастание" эндометриоидной ткани в шейку матки с образованием мелких кист</li> <li>2. "прорастание" эндометриоидной ткани в стенку кишки с образованием мелких кист</li> <li>3. распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки</li> <li>4. распространение на яичники</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
138	<p>ТЕРМИН АДЕНОМИОЗ ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации</li> <li>2. только при очаговых разрастаниях эндометриоидной ткани во внутреннем слое матки</li> <li>3. при эндометриозе, который сопровождается образованием кист</li> <li>4. только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается гиперплазией мышечной ткани</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
139	<p>ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ ТЕЛА МАТКИ III СТАДИИ (ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАТКИ У ПАЦИЕНТКИ НАКАНУНЕ МЕНСТРУАЦИИ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. уплотнением</li> <li>2. уменьшением</li> <li>3. размягчением</li> <li>4. безболезненностью</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
140	<p>ДИАГНОСТИКА ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА ТЕЛА МАТКИ МЕТОДОМ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНА В СЛЕДУЮЩИЕ ДНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. за 1-2 дня до начала менструации</li> <li>2. сразу после окончания менструации</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5

	<p>3. на 12-14-й день 4. на 16-18-й день</p>			
141	<p>ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЕЙ ПСЕВДОЭРОЗИИ ОРГАНА ПРОВОДЯТ В СЛЕДУЮЩИЕ ДНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. за 1-2 дня до начала менструации</li> <li>2. сразу после окончания менструации</li> <li>3. на 12-14-й день</li> <li>4. на 16-18-й день</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК 2
142	<p>ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ КРИОДЕСТРУКЦИЕЙ ОРГАНА ПРОВОДЯТ В СЛЕДУЮЩИЕ ДНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. за 1-2 дня до начала менструации</li> <li>2. сразу после менструации</li> <li>3. на 12-14-й день</li> <li>4. на 16-18-й день</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК 2
143	<p>"МАЛЫЕ" ФОРМЫ ЭНДОМЕТРИОЗА, РАЗМЕР ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ГЕТЕРОТОПИЙ НЕ ПРЕВЫШАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0.4 см</li> <li>2. 0.5 см</li> <li>3. 0.6 см</li> <li>4. 0.7 см</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
144	<p>ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВНУТРЕННЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ТЕЛА МАТКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. диффузная форма</li> <li>2. очаговая форма</li> <li>3. узловая форма</li> <li>4. метастатическая форма</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
145	<p>ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИМПТОМ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. истмико-цервикального отдела матки</li> <li>2. яичников</li> <li>3. шейки матки</li> <li>4. маточных труб</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
146	<p>НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА МАТКИ II СТ. ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. норколут по 5 мг в день с 16-го по 25-й дни менструального цикла в течение 6 месяцев</li> <li>2. бисекурин по контрацептивной схеме в течение 6 месяцев</li> <li>3. гестринон по 1 капсуле 2 раза в неделю в течение 6 месяцев</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6

	4. золадекс 1 инъекция в 28 дней в течение 6 месяцев			
147	ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АГОНИСТАМИ ГОНАДОЛИБЕРИНА СОСТАВЛЯЕТ 1. 3 месяца 2. 5 месяцев 3. 6 месяцев 4. 9 месяцев	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
148	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ (ПО НАСТУПЛЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ) БОЛЬНЫХ С "МАЛЫМИ" ФОРМАМИ ЭНДОМЕТРИОЗА (В ПОРЯДКЕ ЕЕ СНИЖЕНИЯ) 1. данол, ановлар, норколут 2. ановлар, данол, эндокоагуляция 3. эндокоагуляция, данол, норколут 4. данол, эндокоагуляция, норколут	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
149	ЭНДОМЕТРИОЗ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1. мажущие кровянистые выделения за несколько дней до менструации и после нее 2. отсутствие кровянистых выделений 3. боли при половых сношениях 4. боли в глубине таза, усиливающиеся в сидячем положении	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
150	ПЕРФОРАЦИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ, КАК ПРАВИЛО, СОПРОВОЖДАЕТСЯ 1. болью в животе 2. повышение СРБ 3. лейкопения 4. низким уровнем СОЭ	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
151	ДАННЫЕ ГИСТЕРОСКОПИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О НАЛИЧИИ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА 1. увеличение полости матки 2. выраженная деформация полости матки 3. наличие полиповидных разрастаний 4. на фоне бледно-розовой слизистой-точечные отверстия, из которых выделяется жидкая кровь	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
152	ПРИЗНАКИ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ МЕТРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ 1. увеличение полости матки 2. выраженная деформация полости матки 3. наличие «дефектов наполнения»	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

	4. наличие «законтурных теней»			
153	<p>БОЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ВНУТРЕННИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ТЕЛА МАТКИ II СТАДИИ ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ГОРМОНОТЕРАПИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. норколут по 5 мг в день с 5 го по 25-й дни менструального цикла в течение 9-12 месяцев</li> <li>2. дидрогестерон по 10 мг в день с 5-го по 25-й дни менструального цикла в течение 12 месяцев</li> <li>3. эстроген-гестагенные препараты по контрацептивной схеме в течение 9-12 месяцев</li> <li>4. данол по 400 мг в день в течение 6 месяцев</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
154	<p>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКА I СТАДИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сочетанный электрофорез цинка и йодистого калия № 10-15</li> <li>2. гормонотерапия антигонадотропином (или гестагеном или эстроген-гестагенным препаратом)</li> <li>3. здоровый образ жизни</li> <li>4. 30% тиосульфат натрия в/в по 5,0 через день № 10-15</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
155	<p>ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. эстроген-гестагенных препаратов по контрацептивной схеме в течение не менее 1,5-2 лет</li> <li>2. электрофорез 10% йодистого калия № 20-25</li> <li>3. родоновых или йодобромных ванн</li> <li>4. микроклизм с 0,5% раствором йодистого калия</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
156	<p>ДЕЙСТВИЕ ДАНАЗОЛА (ДАНОВАЛА, ДАНОГЕНА) У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. подавляет стероидогенез в гонадах и надпочечниках</li> <li>2. повышает пик ЛГ и ФСГ</li> <li>3. снижает уровень пролактина</li> <li>4. подавляет аутоантитела</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6



157	<p>ПЕРФОРАЦИЯ МАТКИ ВО ВРЕМЯ ПРОИЗВОДСТВА ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. несоблюдении правил асептики</li> <li>2. наличии воспаления во влагалище</li> <li>3. наличии внематочной беременности</li> <li>4. неправильном положении матки</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
158	<p>ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НЕ ВКЛЮЧАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. поверхностное рассечение ткани только до слоя рыхлой соединительной ткани</li> <li>2. предварительная гидропрепаровка тканей с 0.25% раствором новокаина</li> <li>3. отсепаровывание выкроенного лоскута ткани острым путем с помощью тупоконечных ножниц</li> <li>4. проведение операции при наполненном мочевом пузыре</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 2, ПК 6
159	<p>ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ АБОРТА ЗАВИСИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. от наличия операционной</li> <li>2. от выраженности болевого синдрома</li> <li>3. от желания пациентки</li> <li>4. от локализации повреждения</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
160	<p>ТРАВМА МОЧЕТОЧНИКА ВОЗМОЖНА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при искусственном прерывании беременности</li> <li>2. при тубэктомии</li> <li>3. при операции по поводу шейечной локализации миомы</li> <li>4. при субсерозном узле в области дна матки</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
161	<p>ПРОИЗВОДЯ АБОРТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМА НЕОБХОДИМО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. применение абортцанга для разрушения плодного яйца</li> <li>2. проведение влагалищного исследования для получения данных о положении и размерах матки</li> <li>3. тщательный туалет операционного поля</li> <li>4. максимальное расширение цервикального канала</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
162	<p>ОСНОВНОЕ ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ АБОРТА У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. бесплодие</li> <li>2. аномалия развития матки</li> <li>3. нарушение трофики узла</li> <li>4. дисфункциональное маточное</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	кровотечение			
163	<p>КЛИНИКА ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инфекционно-токсический шок</li> <li>2. неожиданное более глубокое проникновение инструмента, чем это соответствует размерам матки</li> <li>3. гипертермическая реакция</li> <li>4. бесплодие</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
164	<p>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ ЗОНДОМ ВОЗМОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. по желанию женщины</li> <li>2. при отсутствии опытного хирурга</li> <li>3. при отсутствии признаков кровотечения</li> <li>4. при клинике обильного наружно-внутреннего кровотечения</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
165	<p>ЧРЕВОСЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при неполном аборте, произведенном вне лечебного учреждения</li> <li>2. при наличии развернутой операционной</li> <li>3. при отсутствии выраженной болевой реакции</li> <li>4. при отсутствии признаков воспаления</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
166	<p>РАНЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ БРЮШНОСТЕНОЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при энуклеации серозной кисты яичника</li> <li>2. при удалении субсерозного миоматозного узла в дне матки</li> <li>3. при шеечном расположении миоматозного узла</li> <li>4. при остром сальпингите</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
167	<p>ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКОВ ВОЗМОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при энуклеации миоматозного узла в дне матки</li> <li>2. при преждевременных родах</li> <li>3. при обширном спаечном процессе в малом тазу</li> <li>4. при искусственном прерывании беременности</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
168	<p>РАНЕНИЕ КИШЕЧНИКА ВОЗМОЖНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при гистеросальпингографии</li> <li>2. при самопроизвольном выкидыше в 15 недель беременности</li> <li>3. при выделении тубовариальной воспалительной опухоли</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	4. при проведении эпидуральной анестезии			
169	ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ОПУХОЛЯХ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неосложненное течение при миоме матки</li> <li>2. желание пациентки</li> <li>3. нарушение трофики миоматозного узла</li> <li>4. увеличение субсерозной миомы матки до 6 недель беременности</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6
170	РАНЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА ВОЗМОЖНО ПРИ ОПЕРАЦИИ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. передней кольпорафии</li> <li>2. ампутации шейки матки</li> <li>3. энуклеации миоматозного узла</li> <li>4. экстирпации матки</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
171	НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДНИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в дни менструации</li> <li>2. в первую неделю после прекращения менструации</li> <li>3. в дни ожидаемой овуляции</li> <li>4. накануне менструации</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
172	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЗОНДИРОВАНИЮ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. острый воспалительный процесс половых органов</li> <li>2. подготовка к выскабливанию полости матки</li> <li>3. подозрение на наличие подслизистого узла миомы</li> <li>4. подозрение на маточную беременность</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
173	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИЦЕЛЬНОЙ БИОПСИИ ШЕЙКИ МАТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипертрофии шейки матки</li> <li>2. неосложненная эктопия шейки матки</li> <li>3. дисплазия шейки матки I степени</li> <li>4. подозрение на рак шейки матки</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
174	БОЛЬНАЯ НА ВТОРЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ АМПУТАЦИИ МАТКИ В СВЯЗИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРОИЗВЕДЕНА РЕЛАПАРТОМИЯ. ОБНАРУЖЕН ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ - СОСУДЫ КУЛЬТИ ШЕЙКИ МАТКИ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ревизию культи шейки матки и ушивание сосудистых пучков</li> <li>2. экстирпацию культи шейки матки</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5, ПК 6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. экстирпацию культи шейки матки с придатками</li> <li>4. экстирпацию культи шейки матки с трубами</li> </ul>			
175	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОПАДАЕТ К ПЛОДУ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. параплацентарно</li> <li>2. трансплацентарно</li> <li>3. восходящим путем</li> <li>4. контактным путем</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
176	<p>ПЛОД НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЕН К ВИРУСНОМУ ИНФИЦИРОВАНИЮ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. в ранние сроки беременности</li> <li>2. в середине беременности</li> <li>3. в последние сроки беременности</li> <li>4. в раннем неонатальном периоде</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
456	<p>ХРОНИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. находятся в стойкой ремиссии</li> <li>2. обостряются</li> <li>3. влияние не выявлено</li> <li>4. переходят в фазу репликации</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
457	<p>ЭМБРИОПАТИИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФЕКЦИЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. микотических</li> <li>2. бактериальных</li> <li>3. вирусных</li> <li>4. паразитарных</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
458	<p>ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННОЙ ПРОИВОДИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. внутриутробное инфицирование плода трансплацентарным путем</li> <li>2. внутриутробное инфицирование плаценты гематогенным путем</li> <li>3. внутриутробное инфицирование плода и плаценты восходящим путем</li> <li>4. внутриутробное инфицирование плода и плаценты восходящим, трансплацентарным, гематогенным путем</li> </ul>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
459	<p>ИНФЕКЦИОННЫЕ ФЕТОПАТИИ - ЭТО ПОРАЖЕНИЕ ПЛОДА ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 6-11 недель</li> <li>2. 12-17 недель</li> <li>3. 18-27 недель</li> <li>4. 28-32 недели</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
460	<p>ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У ПЛОДА В ОТВЕТ НА ИНФИЦИРОВАНИЕ</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6

	<p>ФОРМИРУЕТСЯ В СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 8-12 недель</li> <li>2. 12-15 недель</li> <li>3. 16-27 недель</li> <li>4. 28-32 недели</li> </ol>			
461	<p>ЗАБОЛЕВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ КРАСНУХОЙ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. преждевременного прерывания беременности</li> <li>2. аномалии развития плода</li> <li>3. тяжелым поражениям материнского организма</li> <li>4. высокому риску развития сахарного диабета</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
462	<p>ТАКТИКА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ КРАСНУХОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЗАВИСИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. от тяжести клинических проявлений у матери</li> <li>2. от срока беременности</li> <li>3. от наличия сопутствующей патологии</li> <li>4. от срока беременности, от тяжести клинических проявлений у матери, от наличия сопутствующей патологии</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
463	<p>АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ КРАСНУХОЙ В СРОКЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 8-12 недель</li> <li>2. 12-16 недель</li> <li>3. 16-20 недель</li> <li>4. 8-16 недель</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
464	<p>БЕРЕМЕННАЯ ПЕРЕБОЛЕЛА ГРИППОМ В 32-34 НЕДЕЛИ, ЭТО ПОЗВОЛЯЕТ ОТНЕСТИ ЕЕ В ГРУППУ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. плацентарной недостаточности</li> <li>2. хронической гипоксии плода</li> <li>3. послеродовой септической инфекции</li> <li>4. плацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
465	<p>ЭМБРИОПАТИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. возможны при заболевании в любом сроке беременности</li> <li>2. возможны при заболевании до 12 недель</li> <li>3. невозможны</li> <li>4. зависят от состояния беременной</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
466	<p>ПОЯВЛЕНИЕ ЖЕЛТУХИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРЕОБЛАДАЕТ</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. интоксикация</li> <li>2. диспептические явления</li> <li>3. боли в области печени</li> <li>4. астенический синдром</li> </ol>			
467	<p>НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ ПРОТЕКАЕТ У БЕРЕМЕННЫХ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в I триместре</li> <li>2. во II триместре</li> <li>3. в III триместре</li> <li>4. первобеременных</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
468	<p>ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ У БЕРЕМЕННЫХ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. почечной недостаточностью</li> <li>2. заболеваниями сердечно-сосудистой системы</li> <li>3. острым массивным некрозом печени</li> <li>4. поражением ЦНС</li> </ol>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
469	<p>ВОПРОС О СОХРАНЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГЕПАТИТЕ У БЕРЕМЕННОЙ РЕШАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. прерывание беременности независимо от ее срока</li> <li>2. прерывание беременности в зависимости от степени тяжести гепатита</li> <li>3. прерывание беременности при отсутствии эффекта от проводимого лечения</li> <li>4. показания к прерыванию беременности отсутствуют</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
470	<p>ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ У БЕРЕМЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. почечной недостаточности</li> <li>2. плацентарной недостаточности</li> <li>3. сердечно-сосудистой недостаточности</li> <li>4. недонашивания беременности</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
471	<p>В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, КАК ПРАВИЛО, ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сывороточный гепатит</li> <li>2. инфекционный гепатит</li> <li>3. вирусный гепатит "ни А, ни Б"</li> <li>4. вирусный гепатит ТTV</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
472	<p>ПРИ НАЛИЧИИ У РОДИЛЬНИЦЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ВОПРОС О КОРМЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННОГО ГРУДЬЮ РЕШАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. не разрешается, так как вирус гепатита передается ребенку с молоком матери</li> <li>2. разрешается, так как вирус гепатита не передается ребенку с молоком матери</li> <li>3. не разрешается, так как кормление грудью оказывает отрицательное влияние</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6

	на родильницу 4. по усмотрению родильницы			
473	НАЛИЧИЕ У БЕРЕМЕННОЙ ТОКСОПЛАЗМОЗА, ТОКСОПЛАЗМЫ РЕДКО ПОПАДАЮТ К ПЛОДУ (ЭМБРИОНУ) 1. при острой фазе инфекции 2. при зачатии 3. в первые 2 месяца беременности 4. при зачатии, при острой фазе инфекции, в первые 2 месяца беременности	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
474	ТОКСОПЛАЗМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПОПАДАЮТ К ПЛОДУ 1. трансплацентарно 2. восходящим путем 3. трансплацентарно, восходящим путем 4. воздушно-капельным путем	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
475	ЧАЩЕ ТОКСОПЛАЗМОЗ У БЕРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИ ПРОТЕКАЕТ 1. в виде "гриппоподобных" состояний 2. в виде выраженной интоксикации 3. без выраженной клиники 4. в виде "гриппоподобных" состояний с выраженной интоксикацией	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
476	ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ПРИ НАЛИЧИИ У МАТЕРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 1. трансплацентарный 2. при прохождении плода через естественные родовые пути во время родов 3. грудное вскармливание 4. трансплацентарный, при прохождении плода через естественные родовые пути во время родов, грудное вскармливание	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
477	ГЕЛЬМИНТОЗЫ ЧАСТО ИМИТИРУЮТ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗВИТИЕ 1. печеночной недостаточности 2. язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки 3. холецистита 4. раннего токсикоза	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
478	СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЛИСТНЫХ ИНВАЗИЯХ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ 1. прерывание беременности 2. развитие анемии 3. прерывание беременности, развитие анемии 4. кровотечения	3	ВК ТК ГИА	ПК 6

479	БЕРЕМЕННЫЕ, СТРАДАЮЩИХ ГЕЛЬМИНТОЗОМ, ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ 1. тошнота и рвота 2. гипохромная анемия 3. артериальная гипотензия 4. тошнота и рвота, гипохромная анемия, артериальная гипотензия	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
481	ВОСПРИИМЧИВОСТЬ К ИНФЕКЦИИ У ПЛОДА 1. зависит от переноса материнских IgG антител через плаценту 2. прямо пропорциональна уровню иммунитета у матери 3. обратно пропорциональна уровню иммунитета у матери 4. не восприимчив к инфекциям	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
482	НАЛИЧИЕ БРУЦЕЛЛЕЗА У БЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ 1. для прерывания беременности 2. для сохранения беременности 3. для прерывания или сохранения беременности в зависимости от тяжести состояния женщины 4. не имеет значения	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
483	ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА МИКОПЛАЗМАМИ ПРОИСХОДИТ 1. во время родов 2. восходящим путем 3. трансплацентарно 4. после родов	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
484	УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ У БЕРЕМЕННОЙ СПОСОБСТВУЕТ 1. преждевременному прерыванию беременности 2. развитию послеродовой инфекции 3. заболеванию новорожденного 4. преждевременному прерыванию беременности, заболеванию новорожденного	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
485	ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА ПРИ НАЛИЧИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ ПРОИСХОДИТ 1. восходящим путем 2. во время родов 3. восходящим путем и во время родов 4. после родов	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
486	ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДЯТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО	4	ВК ТК ГИА	ПК 6



	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. эритромицином</li> <li>2. сульфаниламидами</li> <li>3. тетрациклином</li> <li>4. вельпрофен</li> <li>5. макролидами</li> </ol>			
487	<p><b>ОСТРАЯ ГОНОРЕЯ У БЕРЕМЕННОЙ, КАК ПРАВИЛО, ПОРАЖАЕТ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. верхний отдел половых путей</li> <li>2. нижний отдел половых путей</li> <li>3. локализация поражения зависит от срока беременности</li> <li>4. верхний и нижний отделы половых путей</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
488	<p><b>ГОНОРЕЙНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВЛАГАЛИЩА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. возможно</li> <li>2. невозможно</li> <li>3. только при наличии других неспецифических инфекций</li> <li>4. в микробной ассоциации</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
489	<p><b>ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ГОНОРЕЕ ПРОИСХОДИТ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. трансплацентарно</li> <li>2. восходящим путем</li> <li>3. во время родов</li> <li>4. после родов</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
490	<p><b>В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ГОНОРЕЯ ПОРАЖАЕТ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. только верхний отдел гениталий</li> <li>2. только нижний отдел гениталий</li> <li>3. верхний и нижний отделы гениталий</li> <li>4. уретра</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
491	<p><b>ЗАРАЖЕНИЕ ТРИХОМОНИАЗОМ БЕРЕМЕННЫХ ПРОИСХОДИТ ОБЫЧНО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. воздушно-капельным путем</li> <li>2. половым путем</li> <li>3. через кровь при инъекциях</li> <li>4. алиментарным путем</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6

## Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1	Собрать анамнез и особенности течения беременности	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-5
2	Уметь выявлять факторы риска развития беременности, проводить профилактику осложнений	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-3
3	Уметь оценивать противопоказания к сохранению беременности	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-4
4	Уметь осуществлять дифференциальный подход к составлению плана ведения беременной с различной акушерской патологией и соматическими заболеваниями	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-4 ПК-7
5	Уметь определять степень зрелости шейки матки и готовности организма к родам	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-7
6	Владеть навыком оказания акушерского пособия при физиологических родах	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-
7	Владеть техникой операции кесарево сечение	ВК ТК ГИА	ПК-6 ПК-7
8	Уметь вырабатывать тактику ведения родов при патологически протекающей беременности, преждевременных и запоздалых родах, определить показания к оперативному родоразрешению	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-10
9	Владеть техникой рассечения и ушивания промежности	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-4
10	Владеть техникой наложения акушерских щипцов и вакуум экстрактора плода	ВК ТК ГИА	ПК-6
11	Владеть техникой проведения удаления полипа слизистой цервикального канала под контролем гистероскопии	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-6
12	Владеть техникой проведения раздельного диагностического выскабливание цервикального канала и стенок матки	ВК ТК ГИА	ПК-3 ПК-6
13	Владеть техникой проведения искусственного и медикаментозного аборта	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-5
14	Владеть техникой проведения гистероскопии	ВК ТК ГИА	ПК-7 ПК-9
15	Проведение гистеросальпингографии	ВК ТК ГИА	ПК-6 ПК-10
	Участие в проведении хромоцистоскопии. Интерпретация данных	ВК ТК ГИА	ПК-4 ПК-10
	Участие в лапароскопии. Интерпретация данных	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-5
	Владеть техникой проведения удаления кист и вскрытия абсцессов наружных половых органов	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-10
	Владеть техникой проведения ножевой и эксцизионной биопсии шейки матки	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-7
	Владеть техникой проведения пункции лимфатических узлов, образований	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-6 ПК-9
	Проведение диатермокоагуляции шейки матки	ВК ТК ГИА	ПК-6 ПК-10

## Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
Физиологическое и патологическое акушерство				
01	<p>Повторнородящая 30 лет. Поступила в отделение патологии беременности с жалобами на недомогание, одышку, ощущение тяжести в животе. В течение последних 10 дней отмечает быстрое увеличение живота. По данным анамнеза и по наблюдению женской консультации срок беременности 37 недель. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Окружность живота 115 см, высота стояния дна матки 42 см. Выражены стрии беременной, усилен венозный рисунок брюшной стенки. Предлежащая часть – головка, высоко над входом в малый таз, мелкие части плода определяются не четко. Сердцебиение плода приглушено, до 140 уд. в минуту.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка укорочена до 1,5 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для одного поперечного пальца. Предлежащая часть - головка, высоко над входом в малый таз. Своды влагалища напряжены и нависают. Мыс не достижим.</p> <p>1. Каков диагноз?                  2. Тактика ведения беременной?                  3. Возможные осложнения?                  4. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?</p>	<p>1. Беременность 37 недель. Острое многоводие.</p> <p>2. Оценить состояние шейки матки, при наличии условий провести амниотомию, медленно по игле выпустить околоплодные воды. В случае отсутствия спонтанной родовой деятельности в течение 4-6 часов провести родовозбуждение окситоцином в/в капельно. При отсутствии эффекта от родовозбуждения родоразрешить операцией кесарева сечения.</p> <p>3. ПОНРП, коллапс, эмболия околоплодными водами, гипотоническое и атоническое кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах.</p> <p>4. С многоплодной беременностью, крупным и гигантским плодом.</p> <p>5. Последовый период вести с иглой в вене, руками, готовыми для вхождения в полость матки в присутствии анестезиолога. Провести профилактику кровотечения препаратом Пабал (100мкг/мл) в/м в верхнюю часть бедра сразу после рождения последа.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	5. Особенности ведения послеродового периода?			
02	<p>Повторнородящая 39 лет, с отягощенным акушерским анамнезом (аборты, беременность 13-я, роды 3). Размеры таза: 25-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 уд/мин. В родах 12 часов, безводный промежуток 4 часа. Схватки каждые 2-3 минуты по 40 сек., болезненные. Симптом Вастена положительный. Контракционное кольцо на 1см ниже пупка, нижний сегмент болезненный при пальпации.</p> <p>При влагалищном исследовании найдено: открытие маточного зева полное, лицевая линия в правом косом размере, подбородок обращен кзади, лоб кпереди. Мыс недостижим.</p> <p>1. Каков диагноз? 2. Тактика ведения родов? 3. Возможные осложнения для матери? Прогноз для плода? 4. С чем следует проводить дифференциальную диагностику? 5. В каких случаях при лицевом предлежании роды возможны естественным путем?</p>	<p>1. Срочные роды III. Второй период родов. Лицевое предлежание плода, задний вид (по подбородку). Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. ОАА.</p> <p>2. Кесарево сечение в экстренном порядке (определение показаний для оперативного родоразрешения, согласно клинического протокола).</p> <p>3. Разрыв матки, вторичная слабость родовой деятельности, восходящая инфекция. Гипоксия плода, гибель плода.</p> <p>4. С передне-головным и лобным предлежанием плода, чисто-ягодичным предлежанием плода.</p> <p>5. При преждевременных родах и малых размерах плода, при лицевом предлежании (переднем виде по подбородку).</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-11
03	<p>Первородящая 24 лет поступила в родильный дом по поводу слабых схваток, которые длятся в течение 8 часов. Роды срочные. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Окружность живота 114 см., высота стояния дна матки 41</p>	<p>1. Срочные роды I. Первый период родов. Дихориальная диамниотическая двойня. Головное предлежание I плода. Первичная слабость родовой деятельности.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

	<p>см, предлежит головка небольших размеров, подвижная над входом в малый таз. В дне матки пальпируются две крупные части. Сердечные тоны плода выслушиваются: слева ниже пупка 130 удмин и справа выше пупка 138 уд/мин. По данным УЗИ – Беременность 38 недель, дихориальная диамниотическая двойня. Головное предлежание обоих плодов. ПМП 3000 гр, 2800 гр. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 4-5 см, плодный пузырь цел, во время схватки наливается. Предлежит головка первого плода, прижата ко входу в малый таз, мыс не достижим.</p> <p>1. Обоснуйте диагноз?  2. Составьте план ведения родов?  3. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?  4. Возможные осложнения в I периоде родов?  Возможные осложнения во II периоде родов?</p>	<p>2. Произвести раннее вскрытие плодного пузыря. Если родовая деятельность не усилится — родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке.</p> <p>3. С многоводием, крупным и гигантским плодом.</p> <p>4. В первом периоде родов: первичная и вторичная слабость родовой деятельности, раннее излитие околоплодных вод, выпадение петли пуповины и мелких частей плода, затяжные роды, инфекция в родах, синдром коллизий (когда происходит одновременное вставление в плоскость входа в малый таз головок обеих плодов).</p> <p>5. Во втором периоде: слабость потуг, ПОНРП после рождения первого плода, коллизии близнецов при тазовом предлежании первого плода и головном предлежании второго плода, неправильное положение второго плода, острая гипоксия второго плода.</p>		
04	<p>В акушерское отделение поступила роженица 36 лет. Роды 4, срочные. С 32 недель выявлено поперечное положение плода. Схватки появились 6 часов назад, а час спустя излились околоплодные воды в количестве 3 литров, светлые. Размеры таза: 25-28-32-21 см. Положение плода</p>	<p>1. Срочные роды IV. Второй период родов. Многоводие. Запущенное поперечное положение плода.</p> <p>2. Кесарево сечение в экстренном порядке.</p> <p>3. Разрыв матки, интранатальная гибель плода, вторичная</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9

	<p>поперечное, вторая позиция. Определяется неясная предлежащая часть, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева 10 см, в плоскости входа в малый таз определяется вколотившееся плечико. Плодного пузыря нет. Таз емкий, мыс не достигим.</p> <p>1. Обоснуйте диагноз?  2. Определите тактику ведения родов?  3. Какие могут возникнуть осложнения, если своевременно не будет оказана акушерская помощь?  4. Можно ли было предупредить данную патологию?  5. Ошибка врача женской консультации, наблюдавшего беременную?</p>	<p>слабость родовой деятельности, сепсис, гибель роженицы.</p> <p>4. Возможно проведение наружного акушерского поворота в 34-36 недель беременности при отсутствии противопоказаний.</p> <p>5. Беременную следовало госпитализировать в родовое отделение за 1-2 недели до предполагаемого срока родов.</p>		
05	<p>Роженица 34 года. Настоящая беременность вторая, роды вторые. Поступила со схватками слабой силы, через 5-7 мин., по 20 сек. Положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз, баллотирует. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 128 уд/мин. Размеры таза: 27-29-31-20 см. Предполагаемая масса плода 3400 г. При обследовании в женской консультации с ранних сроков беременности определен интерстициальный миоматозный узел шеечно-перешеечной локализации. В 32 недели беременности размеры миоматозного узла 7,0x6,0x6,0 см, интерстициальный с тенденцией к</p>	<p>1. Срочные роды II. Первый период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Миома матки с низким расположением узла.</p> <p>6. Кесарево сечение в экстренном порядке в связи с сужением таза опухолью матки (определение показаний для оперативного родоразрешения, согласно клинического протокола).</p> <p>2. ПРПО, первичная или вторичная слабость родовой деятельности, выпадение пуповины и мелких частей плода, клинически узкий таз, разрыв матки, некроз миоматозного узла.</p> <p>3. Гистерэктомия без</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-11

	<p>центрипетальному росту, по передней стенке, ближе к области внутреннего зева.</p> <p>При влагалищном исследовании: шейка сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел. В полость малого таза выступает плотный узел, величиной до 10 см, исходящего из передней стенки матки в области нижнего сегмента. Головка смещена кзади, стоит высоко над входом в таз.</p> <p>1. Каков диагноз?  2. Тактика ведения родов?  3. Возможные осложнения в I периоде родов? Осложнения во II периоде родов, если своевременно не будет оказана рациональная акушерская помощь?  4. Объем оперативного вмешательства?  5. В каких случаях при миоме матки роды ведут консервативно?</p>	<p>придатков матки с учетом размеров и локализации узла.</p> <p>4. В случае расположения миоматозных узлов в теле матки с субсерозной и интерстициальной локализацией в количестве не более 5 и размерами не более 5 см.</p>		
06	<p>Повторнородящая 32 лет, роды 2. Первые роды в срок 4 года назад плодом массой 3200г. без осложнений. В родах 10 часов. Воды излились 4 часа назад. Схватки через 1-2 минуты по 50 секунд, матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. 15 минут назад появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм.рт.ст. Размеры большого таза 25-27-31-18,5 см. ОЖ-104см., ВДМ-38 см. Сердцебиение плода глухое, 150-160 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия.</p>	<p>1. Срочные роды 2. Простой плоский таз I степени сужения. Заднетеменной асинклитизм. Клинически узкий таз. Начавшийся разрыв матки.</p> <p>2. Анатомически суженный таз – простой плоский таз 1 степени сужения. Внеосевое вставление головки - заднетеменной асинклитизм (лицманское вставление).</p> <p>3. Крупный плод.</p> <p>4. Необходимо провести функциональную оценку таза (симптом Вастена, вагинальное исследование для оценки</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10

	<p>При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагитальный шов отклонён кпереди.</p> <p>1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.</p> <p>2. Оцените анатомические особенности таза роженицы по форме и степени сужения. О чем свидетельствует отклонение стреловидного шва кпереди (ближе к лону).</p> <p>3. Предполагаемая масса плода, методы диагностики</p> <p>4. Какое исследование необходимо было провести, при открытии маточного зева на 7-8 см.</p> <p>5. Дальнейшая тактика ведения и метод родоразрешения.</p>	<p>характера вставления головки).</p> <p>5. Снять родовую деятельность дачей наркоза (врач анестезиолог).</p> <p>Транспортировать на каталке в операционную с иглой в вене (v.subclavia). Операция лапаротомия, кесарево сечение, ревизия органов малого таза, состояние матки. (Объем операции в зависимости от повреждения матки – ушивание разрыва, либо гистерэктомия с трубами).</p>		
07	<p>Повторнородящая 32 лет потупила в акушерское отделение с жалобами на подтекание околоплодных вод в течение 2 часов при доношенной беременности. Схватки начались 6 часов тому назад. Размеры таза нормальные, положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз, сердечные тоны плода ясные, ритмичные до 132 уд. в мин. Предполагаемая масса плода 3200 г.</p> <p>Р.У: раскрытие маточного зева 6 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка прижата к входу в малый таз.</p> <p>1. Диагноз</p> <p>2. В каком периоде родов находится роженица?</p> <p>3. Составьте план ведения</p>	<p>1. Срочные роды I. Первый период родов.</p> <p>2. Период раскрытия.</p> <p>3. Роды вести консервативно, следить за биомеханизмом родов, характером родовой деятельности, применять спазмолитики, обезболивающие вещества, в конце второго периода провести профилактику кровотечения метилэргометрином 1.0</p> <p>4. Продолжительность родов у первородящих 10-12 часов.</p> <p>5. Это симптомы, наступающие за две недели до родов:</p> <p>1) опускание предлежащей части ко входу в малый таз (чаще</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9



	<p>родов?  4. Продолжительность родов у первородящих?  5. Что такое предвестники родов (план беседы с пациенткой)?</p>	<p>всего головка), вследствие этого высота стояния дна матки уменьшается. Беременная при этом отмечает, что ей стало легче дышать.  2) повышение возбудимости матки – периодически возникающие нерегулярные сокращения матки, сопровождающиеся болезненными ощущениями. Такие сокращения называются – схватками-предвестниками, они никогда не носят регулярного характера и не приводят к изменениям в шейке матки.  3) выделение слизистой пробки – содержимого шейечного канала.  4)изменения в шейке матки, характеризующие состояние ее зрелости. Эти изменения легко распознаются при влагалищном исследовании.</p>		
08	<p>Повторнобеременной 38 лет с отягощенным акушерским анамнезом (аборты) предстоят третьи роды. Размеры таза 26-28-31-21см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146. В родах 18 часов, безводный промежуток 6 часов. Схватки каждые 2-3минуты по 40 секунд, болезненные. Симптом Вастена положительный. Контракционное кольцо на 1 см. ниже пупка, нижний сегмент болезненный при</p>	<p>1. Срочные роды III. Второй период родов. Клинический узкий таз. Задний вид лицевого предлежания. Угрожающий разрыв матки. Отягощенный акушерский анамнез.  2. Предлежание плода - задний вид лицевого предлежания - причина клинического несоответствия.  3. Наркоз. Экстренное родоразрешение путем операции кесарево</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-12

	<p>пальпации. Вагинально: раскрытие маточного зева полное, головка плотно прижата ко входу в малый таз, лицевая линия в правом косом размере, подбородок кзади у крестца лоб кпереди у лона. Мыс не достигим.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. В чем заключается акушерская ситуация?</p> <p>3. Тактика врача в сложившейся ситуации?</p> <p>4. Развитие каких осложнений возможно в данной ситуации?</p> <p>5. Где проводится реабилитация родильниц после оперативных вмешательств и беременных групп среднего и высокого риска?</p>	<p>сечение.</p> <p>4. В случае не оказанной помощи - разрыв матки, интранатальная гибель плода и роженицы.</p> <p>5. В условиях женских консультаций, поликлиник</p>		
09	<p>Первобеременная 24 года, поступила в род.дом по поводу срочных родов Схватки через 2-3 мин по 40 — 45 сек., хорошей силы. Положение плода' продольное, головка плода большим сегментом во входе в малый таз. Воды не изливались. Сердечные тоны плода ясные ритмичные до 132 уд. в мин. Через 1 час излились околоплодные воды, окрашенные меконием. Сердечные тоны плода стали редкими до 100- 108 уд. в мин. Срочно произведено влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода на тазовом дне, стреловидный шов прямом размере, малый родничок спереди.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. На основании чего оставлен диагноз?</p> <p>3. Какие причины могут привести к данному осложнению?</p> <p>4. Сколько периодов выделяют</p>	<p>1.Срочные роды I. Второй период родов. Острая гипоксия плода.</p> <p>2.На основании урежения сердечных тонов плода и присутствие мекония в околоплодных водах при головном предлежании плода.</p> <p>3.Обвитие пуповины, абсолютно короткая пуповина, истинный узел пуповины, выпадение пуповины.</p> <p>4. В клинике нормальных родов выделяют 3 периода:</p> <p>1. раскрытие шейки матки,</p> <p>2. изгнание плода</p> <p>3. последовый.</p> <p>5. Период раскрытия — время от начала регулярных схваток до полного раскрытия маточного зева. Схватки сначала бывают короткие, слабые и редкие (через 15 — 20 мин).</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

	в клинике нормальных родов? 5. Что такое период раскрытия			
10	<p>Первородящая, 22 лет, поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. В анамнезе 3 аборта, последний - криминальный, осложнившийся эндометритом. Окружность живота 96 см, высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, справа ниже пупка, ритмичное, 124. Воды целые. Размеры таза 25–26–30–17 см. Через 3 часа после поступления излились околоплодные воды. Вагинально: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, большой и малый роднички на одном уровне, мыс достигается согнутым пальцем. Появился (+) симптом Вастена. Контракционное кольцо пальпируется на 4 см ниже пупка. При полном открытии и хорошей родовой деятельности нет поступательного движения головки в течение 3-х часов.</p> <p>1. Диагноз? 2. Были ли допущены ошибки врачом женской консультации при ведении беременной? 3. Были ли допущены ошибки врачом родильного дома? 4. Тактика врача в ведении роженицы в</p>	<p>1. Срочные роды I. Второй период родов. Плоскорихитический таз II ст. Клинический узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Отягощенный акушерский анамнез. 2. Да. Беременная с узким тазом II ст. должна быть госпитализирована за 2 недели до родов для подготовки к родоразрешению операцией кесарево сечение в плановом порядке. 3. При наличии анатомического узкого таза II ст., при доношенной беременности допустимо только оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение. 4. Снять родовую деятельность интубационным наркозом. Родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке. 5. Своевременно назначить контрацепцию с индивидуальным подбором, для последующей подготовки беременной к последующим родам - рекомендовать оптимальные сроки зачатия (через 1–2 года после оперативного родоразрешения).</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	<p>сложившейся ситуации?</p> <p>5. В чем заключаются реабилитационные мероприятия в условиях женской консультации в данной ситуации?</p>			
11	<p>Повторнородящая роженица поступила в родильный дом с началом родовой деятельности при доношенной беременности. При поступлении: регулярные схватки через 3-5 мин, продолжительностью 35-40 сек.. Через 3 часа схватки ослабли, стали реже через 5-7 мин., и короче по 20-25 сек. Общее состояние роженицы удовлетворительное, жалоб нет, сердечные тоны плода ясные, ритмичные 148 уд. в мин. ПМП -4200 гр, размеры таза 26-29-30-21 см, индекс Соловьева – 14 см. РV: шейка метки сглажена, края тонкие, раскрытие м/зева 8 см, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды, головка прижата ко входу в малый таз, вставление головки правильное. Таз емкий.</p> <p>1. Поставьте диагноз.</p> <p>2. Оцените акушерскую ситуацию с позиции оценки факторов благоприятного исхода родов.</p> <p>3. Дайте функциональную оценку таза.</p> <p>4. Определите возможную тактику дальнейшего ведения родов.</p> <p>5. Лечение слабости родовой деятельности. Альтернативный метод родоразрешения при неэффективности назначенного лечения.</p>	<p>1. Срочные роды 2, 1 период родов, крупный плод, вторичная слабость родовой деятельности.</p> <p>2. Оцените размеры таза (норм - 26-29-30-21) и симптом Вастена - отрицательный.</p> <p>3. Функционально состоятельный, так как отсутствует должное продвижение головки по родовому каналу.</p> <p>4. Консервативное при нормальных размерах таза и отрицательном симптоме Вастена приступить к стимуляции родовой деятельности окситоцином начиная с 5-8 капель в мин, под биомониторным контролем за состоянием плода.</p> <p>5. Лечение вторичной слабости родовой деятельности: окситоцин 2,5 ЕД + раствор NaCl 0,9% - 250,0 мл. в/в кап. Контроль за состоянием плода (КТГ и определение лактата) и характером околоплодных вод. При отсутствии эффекта от проведенной родостимуляции, либо по показаниям со стороны плода - альтернативный метод родоразрешения - кесарево сечение.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-8
12	<p>Беременная 29 лет, срок беременности 30-31 нед.</p>	<p>1. Отрицательная динамика течения</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-10

	<p>Находится на лечении в отделении патологии беременности по поводу умеренной преэклампсии, в течение 10 дней. Утром на обходе отмечено повышение АД до 165 /115 мм.рт.ст, появились жалобы на головную боль и затруднённое носовое дыхание, уменьшился диурез, белок в моче 3050 г/л. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей плода на 3 недели, маловодие (ИАЖ – 5,0 см), ГДН 1В степени.</p> <p>1. Какие изменения в состоянии беременной обнаружены при утреннем обходе?</p> <p>2. Сформулируйте диагноз на данном этапе ведения беременной.</p> <p>3. Правомерна ли тактика ведения в родильном доме в первые 10 дней ведения.</p> <p>4. Что явилось причиной задержки роста плода?</p> <p>5. Тактика лечения и дальнейшего ведения беременной.</p>	<p>преэклампсии, переход умеренной преэклампсии в тяжелую степень.</p> <p>2 Беременность 30-31 нед. Тяжелая преэклампсия (повышение АД, уменьшение диуреза, нарастание белка в моче, головная боль). Хроническая ПН ЗРП II степени. Маловодие.</p> <p>3. Не учтены симптомы со стороны плода, ЗРП, маловодие, отсутствие должного наблюдения в течение 10 дней и дополнительного обследования.</p> <p>4. Вторичная ПН и развитие большого акушерского синдрома – преэклампсии.</p> <p>5. По возможности провести профилактику РДС плода в период предоперационной подготовки и активного лечения тяжелой преэклампсии в условиях палаты интенсивной терапии, досрочное родоразрешение оперативным путем. Прогноз для плода при проведении должного лечения матери, своевременного досрочного родоразрешения и организации новорожденному реанимационной помощи, относительно благоприятный.</p>		
13	<p>Повторнородящая доставлена в родильный дом по поводу доношенной беременности и начавшейся родовой деятельности 4 часа назад с</p>	<p>1. Срочные роды II. I период родов. Дородовое излитие околоплодных вод.</p> <p>Дискоординированная</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-8

	<p>излившимися о/водами. При обследовании схватки сильные, болезненные через 3-4 мин. по 50-60 секунд, поведение роженицы беспокойное. Сердцебиение плода аритмичное 110 ударов в минуту. КТГ – патологический тип.</p> <p>R.V. Шейка матки сглажена, края толстые, мало податливые, раскрытие 2 см. Плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз.</li> <li>2. Обоснование диагноза: а/ дородового излития о/вод б/ дискоординации родовой деятельности в/ гипоксии плода</li> <li>3. Клинические данные за острую гипоксию плода.</li> <li>4. На основании каких данных можно поставить патологический тип КТГ.</li> <li>5. Тактика дальнейшего ведения роженицы</li> </ol>	<p>родовая деятельность. Острая гипоксия плода.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ведение партограммы; а/ отсутствие плодного пузыря; б/ схватки сильные, болезненные через 3 мин до 50-60 сек., что не соответствует динамике раскрытия маточного зева 2 см (латентной фазе), края шейки толстые, мало податливые; в/ сердечные тоны плода аритмичные, с урежением до 110 уд. в мин.</li> <li>3. Острая гипоксия - патологический тип КТГ. Аритмичные сердечные тоны.</li> <li>4. Патологический тип КТГ: низкий базальный ритм, низкая вариабельность базального ритма, множественные поздние, длительные, глубокие децелерации.</li> <li>5. Кесарево сечение в экстренном порядке. Консервативное ведение родов может закончиться интранатальной гибелью плода</li> </ol>		
14	<p>В родильный дом доставлена первобеременная 20 лет с жалобами на плохой сон, жажду, головную боль, мелькание "мушек" перед глазами. Несколько раз была рвота. Беременность 36-37 нед. (данные ж/к).</p> <p>Объективно: Кожные покровы обычной окраски, одутловатость лица, отеки ног, передней брюшной стенки. Пульс 92 уд. в минуту, АД 175/115- 180/120 мм.рт.ст. Матка соответствует размерам 36-37 недельной</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Беременность 36-37 нед. Тяжелая преэклампсия.</li> <li>2. Тяжелая преэклампсия: беременность, одутловатость лица, отеки, АД 175/115-180/120мм. рт. ст., клиника гипертонической энцефалопатии.</li> <li>3. Да. Наружное и внутреннее обследования беременной проводились без должного обезболивания,</li> </ol>	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-11

	<p>беременности, при пальпации приходит в тонус. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в таз. Сердцебиение ритмичное, 132 уд. в минуту. Проведено влагалищное исследование: шейка матки «незрелая», зев закрыт, предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Во время влагалищного исследования появились фибриллярные подергивания мышц лица и рук, вслед за чем появились судороги с потерей сознания.</p> <p>1. Диагноз и его обоснование при поступлении.</p> <p>2. Определите степень тяжести осложнений у доставленной в род дом беременной согласно современной классификации.</p> <p>3. Имелись ли ошибки в организации оказания помощи данной беременной в момент поступления. Профилактика осложненных форм патологии и их классификация. Заключительный диагноз.</p> <p>4. Тактика врача в сложившейся клинической ситуации.</p> <p>5. Развитие каких более тяжелых осложнений возможно в данной ситуации.</p>	<p>(поверхностного наркоза и состояние нейролептанальгезии), что спровоцировало приступ эклампсии. Заключительный диагноз: Беременность 36-37 нед. Эклампсия беременной.</p> <p>4. Комплексная терапия тяжелой преэклампсии в течение 1-2 часов в плане подготовки к оперативному родоразрешению. Экламптическая кома, кровоизлияние в мозг и жизненно важные органы, ПОНРП, антенатальная гибель плода.</p>		
15	<p>В отделение патологии беременности по направлению врача ж/консультации поступила беременная 29 лет с жалобами на слабость, повышенную утомляемость. В анамнезе двое срочных родов без осложнения, последние около года назад. Данная беременность 3. Срок беременности 24-25 недель. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 уд/мин., АД 120/80 мм.рт.ст., матка</p>	<p>1. Беременность 24-25 нед. Анемия беременной 2 ст. тяжести.</p> <p>2. Наблюдение в динамике, РАК в динамике, биохимический анализ крови, консультация терапевта или гематолога, содержание сывороточного Fe, ферритина, ОЖСС крови, гемостезиограмма, УЗИ плода.</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>увеличена до 24 недель беременности. При исследовании периферической крови: НЬ - 86 г/л, цветовой показатель 0,86, ретикулоциты -12%.</p> <p>1. Поставьте диагноз.</p> <p>2. Объем необходимого обследования и лечения.</p> <p>3. Факторы, способствующие развитию железодефицитной анемии у беременной.</p> <p>4. Нижние границы нормы содержания Нв и Эг в крови беременной женщины. Гемоциркуляторные изменения, их физиологическое значение при беременности. Влияние анемии беременной на плод, течение беременности, родов.</p>	<p>3. Малый интервал между беременностями и родами. Алиментарный фактор.</p> <p>4. Гемоглобин - 110 г/л. Улучшение маточно-плацентарного кровотока, за счет увеличения ОЦК и гиперплазии.</p> <p>5. Внутриутробная гипоксия (гемического генеза), плацентарная недостаточность, угроза преждевременных родов, слабость родовой деятельности. Тактика лечения: препараты железа – сорбифер, ферум-лек, мальтафер по 1 табл. 2 раза в день, ферлатум – фол по 1 флокону 2 раза в день, витамины группы В (В12 - 1.0 в/м, фоливая кислота 800 - 1000 мкг в день). Продукты богатые железом (мясо, растительный белок, госпитальное питание – аминокислоты и белки).</p>		
16	<p>Беременная 25 лет, доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после приступа судорог, который произошел дома. Беременность первая, по данным женской консультации 36-37 недель. В женской консультации наблюдалась не регулярно, последнее посещение месяц назад.</p> <p>Объективно: Состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое, выраженные отеки ног и брюшной стенки. АД 165/110 - 175/115 мм.рт.ст., пульс 98 уд/мин. Родовой деятельности нет. Матка в</p>	<p>1. Беременность 36-37 недель. Экламптический припадок.</p> <p>2. Беременность, цифры АД 165/110 - 175/115, белок в разовой порции мочи 1050г/л, отеки, заторможенность сознания. Согласно современной классификации – это тяжелая преэклампсия. Приступ судорог - эклампсия беременной.</p> <p>3. Профилактика повторного приступа судорог: Обеспечить венозный доступ: катетеризированная</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-12



	<p>нормальном тонусе. Сердечные тоны плода 155 уд. в мин, аритмичные, снижаются периодически до 120-110 уд. в мин. справа ниже пупка. В моче белок – 1050 г/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Дайте обоснование диагноза и определите степень тяжести имеющегося осложнения беременности, согласно современной классификации.</li> <li>3. Какой комплекс неотложных мероприятий необходимо провести больной по обследованию и лечению на ближайшие 1-2 часа.</li> <li>4. Оптимальная тактика дальнейшего ведения беременной в интересах матери и плода.</li> <li>5. Профилактика тяжелого осложнения беременности у данной пациентки, роль ж/консультации.</li> </ol>	<p>периферическая вена. Ввести магния сульфат 25% -16 мл в/в медленно (за 10-15 мин), затем 100 мл через линеомат со скоростью 4 мл/час (1 г/ч сухого вещества магнезии) на 0,9% растворе хлорида натрия. Перевод в ОРИТ. Мониторинг основных функций (измерение АД: каждые 15 мин до достижения стабилизации, затем каждые 30 минут (возможно реже). Общий анализ крови. Креатинин. Печеночные ферменты (АЛТ, АСТ, ЛДГ). Количество тромбоцитов, фибриноген, МНО, АПТВ. Определение группы крови и резус фактора. Катетеризация мочевого пузыря и почасовой контроль диуреза. Общий анализ мочи: суточная оценка (общий белок, креатинин).</p> <p>Проведение терапии до стабилизации состояния, как предоперационная подготовка.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Лапаротомия, Кесарево сечение.</li> <li>5. Регулярное диспансерное наблюдение, активный патронаж, выявление групп риска по развитию преэклампсии, диагностика умеренной преэклампсии и своевременная госпитализация в отделение патологии беременности, адекватное лечение,</li> </ol>	
--	---	--	--

		своевременное родоразрешение. Мероприятие по антенатальной охране плода.		
Физиология и патология послеродового периода				
17	<p>Роженица 20 лет, после первых родов. С 4-х суток послеродового периода отмечалось повышение температуры 37,5°~38,5° С, ознобы. При осмотре на 7-е сутки отмечается увеличение в объеме левой молочной железы, в области ареолы отек, гиперемия, болезненность, уплотнение размером 5,0*7,0 см в наружном квадранте, с размягчением, флюктуацией в центре.</p> <p>При вагинальном осмотре: патологии не выявлено.</p> <p>1. Диагноз? 2. Ошибки допущенные врачом? 3. Ваша тактика? 4. Какова тактика в отношении лактации? 5. Назовите реабилитационные мероприятия при данной патологии?</p>	<p>1. Послеродовый период, 7-е сутки. Гнойный мастит.</p> <p>2. Невыявленный очаг инфекции. Пропущено начало заболевания.</p> <p>3. Госпитализация в хирургическое отделение.</p> <p>4. Подавление лактации (кабергалин по 1 табл. в день 3-4 дня, или парлодел по 1\2 табл. 2 раза в день 7 дней).</p> <p>5. Рациональное грудное вскармливание – по требованию ребенка. Профилактика трещин сосков. Медикаментозная терапия для уменьшения притока молока на этапе лактостаза, правильное сцеживание груди – при необходимости.</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
18	<p>На третьи сутки после родов родильница 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, головную боль, повышение температуры тела до 39°С, озноб. Роды в срок, осложнились частичным плотным прикреплением плаценты, кровотечением по поводу чего произведено ручное отделение плаценты и выделение последа.</p> <p>В анамнезе один роды и два искусственных аборта, хронический пиелонефрит. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Язык слегка обложен белым налетом, А.Д -120/65 мм.рт.ст.,</p>	<p>1. Послеродовый период 3-е сутки. ОАА. Острый послеродовый метроэндометрит. Хр. пиелонефрит (вне обострения). Анемия 1 ст. Обоснование диагноза: ОАА, ручное вхождение в полость матки, кровотечение, наличие источника хронической инфекции – хронический эндометрит, пиелонефрит, начало заболевания на 3 сутки на фоне интоксикации, болезненность матки в области дна и боковых стенок, субинволюция.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-8

	<p>Рs - 96 уд. в мин. Молочные железы в состоянии умеренного нагрубания. Сердце, легкие без патологии. Живот мягкий, податливый. Дно матки на 1 поперечный палец ниже пупка (2 см.), матка при пальпации болезненная в области дна и боковых стенок. Симптом 12 ребра отрицательный. Симптомов раздражения брюшины нет. Выделения из половых путей сукровичные, яркие, умеренные. Нв – 90г/л.</p> <p>1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.</p> <p>2. Дифференциальная диагностика с имеющейся соматической патологией.</p> <p>3. Причины осложнений послеродового периода у роженицы. Какие микроорганизмы наиболее часто могут вызвать гнойно-септические осложнения.</p> <p>4. Какой этап распространения послеродовой инфекции имеет место быть.</p> <p>5. Ваша тактика лечения и профилактика неблагоприятного исхода имеющегося осложнения в послеродовом периоде.</p>	<p>2. Клинические признаки патологии со стороны почек и молочных желез отсутствуют.</p> <p>3. Инфицирование родовых путей, возможен восходящий и нисходящий путь, вероятнее всего микст-инфекция.</p> <p>4. 1 этап распространения послеродовой инфекции</p> <p>5. Консервативная терапия:  дезинтоксикационная (инфузионная) терапия; до обследование; бак.посев содержимого из половых путей; антибиотики широкого спектра действия (метронидазол и цефалоспорины II поколения или защищенные пенициллины); мануальная вакуумная аспирация для удаления некротизированной децидуальной ткани или гистероскопия; утеротоники - окситоцин 1,0 в/м 2 раза в сутки; симптоматическое лечение.</p>		
19	<p>Роженица 30 лет. Беременность 6-я, роды 2-е. Первым родам предшествовали 4 медицинских аборта. Из анамнеза известно также, что при первых родах в послеродовом периоде было кровотечение, производилось ручное отделение плаценты и выделение плаценты. Родоразрешилась живым мальчиком массой 4000 гр. В</p>	<p>1. Срочные роды II крупным плодом. ОАА. Частичное плотное прикрепление плаценты. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Гипотоническое кровотечение.</p> <p>2. На фоне инфузионно-трансфузионной терапии и введения утеротоников, применить управляемую баллонную тампонаду,</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-12

	<p>последовом периоде без признаков отделения плаценты началось кровотечение. При кровопотере 300 мл. приступили к ручному отделению плаценты. После отделения плаценты и удаления последа матка остается мягкой, плохо сокращается, кровотечение продолжается. Кровопотеря составила 700 мл.</p> <p>1. Диагноз?  2. Какова дальнейшая тактика?  3. Причина данного осложнения?  4. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?  5. В каком случае необходимо производить гистерэктомию?</p>	<p>при отсутствии эффекта провести лапаротомию и наложить компрессионные швы на матку.</p> <p>3. ОАА, крупный плод, т.е. органическая и функциональная неполноценность матки.</p> <p>4. Плотное прикрепление или приращение плаценты.</p> <p>5. При кровопотере 1000 мл и более, при отсутствии эффекта от проведения управляемой баллонной тампонады или наложения компрессионных швов на матку, или перевязки внутренних подвздошных артерий; при продолжающемся кровотечении и развитии ДВС-синдрома — гистерэктомия без придатков (согласно алгоритма действия клинического протокола).</p>		
20	<p>Роженица К.Н.А., 30 лет, жительница города. В анамнезе 6 аборт, 1 роды. Беременность восьмая, в 36 недель осложнилась умеренной преэклампсией, гестационным пиелонефритом. Дородовая госпитализация не проведена.</p> <p>Поступила в родильный дом в первом периоде родов. АД 130/90 и 140/100 мм. рт. ст. Через 4 часа от начала родовой деятельности исчезли сердечные тоны плода. Состояние ее резко ухудшилось: кожные покровы бледные, АД 160/100 и 170/110 мм. рт. ст., пульс 100 уд/мин. Началось обильное кровотечение из половых</p>	<p>1. Тяжелая преэклампсия. Гестационный пиелонефрит. ПОНРП. Геморрагический шок 3 ст. ДВС-синдром. Интранатальная гибель плода. Полиорганная недостаточность.</p> <p>2. Анализ данного случая показывает, что недооценка степени тяжести преэклампсии в родах привела к неправильной тактике ведения, а запоздалое оперативное родоразрешение (через 1,5 часа с момента возникновения кровотечения) привело к геморрагическому шоку</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-2, ПК-6, ПК-9, ПК-11

	<p>путей. Заподозрена ПОНРП и только через 1,5 часа произведена операция кесарева сечения, извлечен мертвый мальчик массой 3200 г., обнаружена тотальная отслойка плаценты, кровопотеря составила <math>\approx</math>2400 мл. Проводилась массивная инфузионно-трансфузионная терапия. Смерть наступила на 7 сутки от полиорганной недостаточности.</p> <p>1. Диагноз.</p> <p>2. Дайте экспертную оценку ведения пациентки.</p> <p>3. Сроки и цель плановой госпитализации при наличии экстрагенитальной патологии?</p> <p>4. Какова допустимая кровопотеря для данной пациентки?</p> <p>5. Наиболее тяжелые осложнения при преэклампсии?</p>	<p>третьей степени и к смерти родильницы.</p> <p>3. Первый триместр - решение вопроса о возможности вынашивания беременности, 2 триместр – выявление акушерских осложнений, 3 триместр – вопрос о сроке и методе родоразрешения.</p> <p>4. 0,3% от массы тела</p> <p>5. ПОНРП, ДВС-синдром, внутриутробная гибель плода.</p>		
21	<p>Роженица 30 лет. Беременность 6, роды 2. Первым родам предшествовали 4 мед. аборта. Из анамнеза известно, так же, что при первых родах в последовом периоде было кровотечение, производилось ручное отделение плаценты. Родоразрешена живым мальчиком массой 4000 г. В последовом периоде без признаков отделения плаценты началось кровотечение.</p> <p>1. Какой период родов?</p> <p>2. Какое осложнение возникло?</p> <p>3. Причины данного осложнения?</p> <p>4. Продолжительность 3 периода?</p> <p>5. Назовите признаки отделения последа</p>	<p>1. Последовый период.</p> <p>2. Ручное отделения плаценты.</p> <p>3. Отягощенный акушерский анамнез, крупный плод, т.е. анатомо-функциональная неполноценность матки.</p> <p>4. Продолжительность последового периода у первородящих и повторнородящих составляет 20 — 40 мин.</p> <p>5. Признаки отделения плаценты:</p> <p>Признак Шредера – изменение формы и высоты стояния дна матки;</p> <p>Признак Альфельда – удлинение наружного отрезка пуповины;</p> <p>Признак Микулича – позыв на потугу;</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-11

		<p>Признак Клейна – удлинение пуповины при натуживании роженицы;</p> <p>Признак Кюстнера-Чукалова – при надавливании ребром ладони на надлобковую область, пуповина при отделившейся плаценте не втягивается, а при неотделившейся – втягивается;</p> <p>Появление выпячивания над симфизом.</p>		
22	<p>Роженица находится в третьем периоде родов. 10 минут назад родился плод массой 4000 гр. Внезапно появились обильные кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря 450мл. Признаки отделения плаценты отсутствуют. Дно матки на уровне пупка, матка мягковатая. Роженица побледнела, А/Д 100/60 мм. рт. ст, пульс 100 уд. мин.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Причины кровотечения в 3 периоде родов, диагностика.</li> <li>3. Перечислите признаки отделения плаценты. Допустимая (физиологическая) кровопотеря в родах.</li> <li>4. Ваша тактика (алгоритм действий), техника операции ручного отделения плаценты и выделения последа.</li> <li>5. Профилактика массивной кровопотери.</li> </ol>	<p>1.Третий период родов. Частичное плотное прикрепление плаценты (не исключается частичное истинное приращение). Кровотечение. Геморрагический шок II (Индекс Альговера 1,0).</p> <p>2.Крупный плод. Клинические данные: отсутствие признаков отделения плаценты, матка на уровне пупка, мягковатая.</p> <p>3.Признак Альфельда, Шредера, Кюстнера-Чукалова, Довженко и др. Допустимая кровопотеря не более 0.5 % к массе женщины до или вначале беременности. Кровопотеря более 400 мл требует проведения ручного обследования стенок полости матки.</p> <p>4.Операция: ручное отделение плаценты и выделение последа под наркозом короткого действия, предварительно опорожнить мочевой пузырь. Введение утеротонических средств: окситоцин (20 Ед на 1000 мл или 10 Ед. на 500 мл</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-11

		<p>физиологического раствора или раствора Рингера в/в, 60 капель в минуту с переходом на поддерживающую дозу 20 Ед./л или 10 Ед. на 500 мл физиологического раствора или раствора Рингера в/в, 40 капель в минуту. Максимальная доза - не более 3-х л р-ра) или метилоргометрил 0,2 мг в/м или в/в медленно. При продолжающемся кровотечении перейти ко второму этапу остановки кровотечения.</p> <p>5. Наблюдение в динамике за состоянием матки, общим состоянием матки и кровотечением из половых путей. При продолжающемся кровотечении – баллонная тампонада. Адекватная кровотечению инфузионная терапия: кристаллоиды, кровезаменители, растворы крахмала, СЗП, Ново-Севон. При массивной кровопотери 1200-1500 мл – лапаротомия, компрессионные швы на матку, при продолжающемся кровотечении - гистерэктомия.</p>		
23	<p>Роды первые. Роженица 10 минут назад родила доношенного мальчика массой 3600 гр. с оценкой по шкале Апгар на 1 мин. - 6 баллов, на 5 мин.- 5-6 баллов. В анамнезе 2 мед. аборта. Роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности, по поводу</p>	<p>1. Срочные роды. Первичная слабость родовой деятельности. Родоусиление окситоцином. Асфиксия новорожденного, легкой (умеренной) ст. тяжести. ОАА.</p> <p>2. Дыхание, сердцебиение, цвет</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>которой проводилось родоусиление окситоцином. Продолжительность родов 16 часов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте заключительный диагноз.</li> <li>2. Какие параметры состояния новорожденного позволяет оценить шкала Апгар.</li> <li>3. Влияние на плод слабости родовой деятельности и методы контроля за функциональным состоянием плода в родах.</li> <li>4. Особенности метаболической адаптации плода в условиях гипоксии.</li> <li>5. Алгоритм лечебных мероприятий новорожденному при умеренной степени тяжести асфиксии.</li> </ol>	<p>кожных покровов, мышечный тонус, рефлексы. Каждый из параметров оценивается в 0-2 балла.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Внутриутробная гипоксия плода. Методы: КТГ наблюдение, определение лактата в крови плода.</li> <li>4. Использование тканевого типа дыхания (анаэробного).</li> <li>5. Отсасывание слизи из дыхательных путей, содержимого желудка (при необходимости), ИВЛ мешком Амбу, рефлекторное раздражение дыхательного центра. Дальнейшее лечение по показаниям и после уточнения диагноза.</li> </ol>		
24	<p>Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками через 4-5 мин. средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились искусственным абортom, третья -1,5 года назад кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Через 6 часов наблюдения внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм.рт.ст. Из влагалища появились умеренные кровяные выделения. Родовая деятельность прекратилась. При осмотре: сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Перечислите</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Срочные роды 2, 1 период родов. Рубец на матке после кесарева сечения 1,5 года назад. Свершившийся разрыв матки по рубцу. Интранатальная гибель плода. Геморрагический шок. ОАА.</li> <li>2. Гистопатические изменения матки: кесарево сечение 1,5 года назад по поводу предлежания плаценты, 2 артифициальных аборта в анамнезе.</li> <li>3. УЗИ матки, области рубца. В родильном доме: не проведена операция кесарева сечения в экстренном порядке при поступлении. В ж/к: беременная не была госпитализирована за 5-7 дней до срока родов, для планового</li> </ol>	ТК ГИА	УК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-12



	<p>клинические признаки и имеющиеся факторы риска несостоятельности рубца на матке.</p> <p>3. Дополнительные методы исследования состояния рубца на матке и допущенные ошибки при ведении беременной в ж/к и родильном доме.</p> <p>4. Тактика оказания экстренной помощи и объем оперативного вмешательства</p> <p>5. Профилактика разрывов матки.</p>	<p>родоразрешения оперативным путем.</p> <p>4. Перевод в операционную на каталке, операция лапаротомия, при отсутствии условий к ушиванию разрыва матки - экстирпация матки без придатков, санация брюшной полости и дренирование, борьба с геморрагическим шоком (анестезиолог).</p> <p>5. Планирование беременности не ранее чем через 2 года 9 мес. после операции кесарева сечения. Прегравидарная подготовка: контроль состояния рубца с помощью УЗИ, доплеровского катирования для исключения симптома «ниши». При выявлении «ниши» рубца – МРТ малого таза, гистероскопия, по показаниям - лапароскопическая метропластика.</p> <p>Наблюдение в женской консультации в период беременности как «группы высокого риска».</p>		
Гинекологические заболевания				
25	<p>К врачу-гинекологу женской консультации обратилась 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.</p>	<p>1. Атрофический (сенильный) кольпит.</p> <p>2. Возрастная гипозэстрогения, бесконтрольное применение спринцеваний влагалища.</p> <p>3. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-9

<p>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"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Назовите причины развития заболевания у данной больной.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.</li> <li>5. Назначьте лечение и профилактику рецидивов.</li> </ol>	<p>соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки. УЗИ органов малого таза.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Рак шейки матки, рак эндометрия, ИППП.</li> <li>5. Местно-санирующее 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).</li> </ol>		
---	--	--	--

26	<p>В гинекологическое отделение доставлена больная 24 лет машиной скорой помощи с жалобами на слабость, головокружение, резкие боли в низу живота. Из анамнеза установлено, что на работе стало плохо, появилась резкая боль в левой половине живота и потеряла сознание. Менструация с 16 лет, установились через 6 месяцев, часто наблюдаются задержки до 5-7 дней. Последняя менструация пришла с задержкой на 2 недели, скудная, в течение 1 дня. Замужем 2 года. Беременностей не было. Состоит на «Д»-учете по поводу первичного бесплодия.</p> <p>Объективно: Кожа и слизистые бледные. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. А/Д 90/60 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, равномерно болезненный. Имеются симптомы раздражения брюшины. При гинекологическом осмотре: шейка коническая, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров и консистенции. Движения за шейку болезненные. Придатки пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, имеется симптом "плавающей матки". Задний свод нависает, резко болезненный. Выделения из половых путей слизистые.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прервавшаяся внематочная беременность по типу разрыва трубы. Геморрагический шок II.</li> <li>2. Кульдоцентез, тест на ХГЧ, УЗИ, анализ крови на группу крови и резус-фактор, развернутый анализ крови, биохимическое исследование крови, ПТИ, ПТВ, фибриноген, RW, ВИЧ, общий анализ мочи.</li> <li>3. С апоплексией яичника, разрывом селезенки, острым аппендицитом, перекрутом ножки опухоли яичника, прободной язвой желудка, мочекаменной болезнью, острым воспалением придатков матки.</li> <li>4. Показано оперативное лечение в экстренном порядке.</li> <li>5. Лапаротомия. Тубэктомия на стороне поражения. Санация и дренирование брюшной полости.</li> </ol>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-8
----	---	---	--------	------------------------

	<p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. В каких дополнительных исследованиях нуждается больная?</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Лечение?</p> <p>5. Возможные доступы и объем оперативного вмешательства?</p>			
27	<p>В гинекологической отделение поступила больная 36 лет, с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, головокружение, недомогание. Дома был неоднократный озноб, рвота. Из анамнеза установлено, что, с целью прерывания беременности при сроке 13 недель ввела в матку раствор мыла. Через 6 часов появились кровянистые выделения из половых путей, повысилась температура, появился озноб, рвота. В анамнезе 2 родов, 3 мед. аборта, 1 внебольничный выкидыш. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Состояние больной тяжелое, кожа бледная, сухая. Язык сухой, обложен серым налетом. Пульс 116 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. А/Д - 110/60 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Температура 38,8° С. Живот мягкий, в нижних отделах болезненный, дно матки на 1 п/п выше лона. Печень не</p>	<p>1. Внебольничный инфицированный осложненный аборт в результате криминального вмешательства. Эндомиометрит. Сепсис?</p> <p>2. Развернутый анализ крови, биохимическое анализ крови, гемостазиограмма, группа крови, Rh-принадлежность, RW, ВИЧ, общий анализ мочи, прокальцитонинный тест, УЗИ органов малого таза, почек и внутренних органов, рентгенография легких, ЭХОКГ.</p> <p>3. В данной ситуации необходимо исключать сепсис и полиорганную недостаточность.</p> <p>4. После предварительной подготовки в течение 2-4 часов - оперативное лечение в экстренном порядке в объеме: лапаротомии, тотальной гистерэктомии с трубами, санации и дренирования брюшной полости.</p> <p>5. Сепсический шок, ДВС-синдром, кровотечение, синдром полиорганной недостаточности, тромбоэмболические</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	<p>пальпируется. Симптом раздражения брюшины отрицательные.</p> <p>Вагинально: влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев пропускает кончик пальца. Матка увеличена до 12-13 недель, без четких контуров, мягкая, болезненная при пальпации. Придатки не пальпируются.</p> <p>Параметральная клетчатка свободная. Выделения гнойно-сукровичные.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. План обследования больной?</p> <p>3. С чем проводится дифференциальная диагностика?</p> <p>4. Лечебная тактика?</p> <p>5. Какие могут возникнуть осложнения?</p>	осложнения.		
28	<p>В приемный покой ЦРБ поступила больная 32 лет с жалобами на боли внизу живота больше справа, периодическое головокружение, тошноту. Заболела 10 дней назад, когда пришла очередная менструация с задержкой на 11 дней и не прекращается до настоящего времени.</p> <p>Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 3-4 дня, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Родов 2, аборт 6. После последнего аборта, 2 года назад, было воспаление придатков матки, по поводу чего лечилась в стационаре. В настоящее время контрацепцией не пользуется.</p> <p>Объективно: Кожа и слизистые розовые. Пульс</p>	<p>1. Подозрение на внематочную беременность.</p> <p>2. Воспаление придатков матки с нарушением менструального цикла, опухоль (киста, цистаденома, рак) правого яичника с нарушением менструального цикла, миома матки.</p> <p>3. Перевод в гинекологическое отделение.</p> <p>Общеклинические анализы крови и мочи, моча или кровь на ХГЧ, УЗИ органов малого таза, кульдоцентез, лапароскопия (самый информативный метод).</p> <p>4. Оперативное лечение лапароскопическим или лапаротомным доступом в объеме тубэктомии на стороне поражения или туботомии, энуклеации</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10

	<p>80 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. А/Д - 120/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в гипогастрии. Симптомов раздражения брюшины нет.</p> <p>Вагинально: шейка цилиндрическая, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы мягковатой консистенции, безболезненная. Слева придатки тяжистые плотной консистенции, безболезненные. Справа от угла матки пальпируется объемное образование вытянутой формы, тестоватой консистенции, болезненное при пальпации. Задний свод глубокий, безболезненный. Выделения кровянистые скудные темно-вишневого цвета.</p> <p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>3. Где и в каких дополнительных исследованиях нуждается больная?</p> <p>4. Лечебная тактика?</p> <p>5. Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде?</p>	<p>плодного яйца.</p> <p>5. Обследование на ИППП, прием КОК с целью контрацепции, 2-3 курса физиотерапии, свечи с НПВС ректально (2-3 курса), санаторно-курортное лечение (через 2 мес. после операции).</p>		
29	<p>В приемный покой гинекологического отделения поступила пациентка 20 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота больше справа. Из</p>	<p>1. Апоплексия правого яичника.</p> <p>2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза, определение ХГЧ в моче или крови, кульдоцентез,</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-11

<p>анамнеза: боли появились 2 часа назад внезапно во время полового акта. В анамнезе беременностей не было. Использует барьерную контрацепцию. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, по 4-5 дней. Последняя менструация началась 15 дней назад. Страдает хроническим аднекситом в течение последних 2 лет (дважды лечилась в стационаре).</p> <p>Объективно: кожные покровы бледно-розовые, влажные. Температура тела 37,1 градусов, пульс 88 ударов в минуту, хорошего наполнения; АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.</p> <p>1. Предполагаемый диагноз?</p> <p>2. План обследования для уточнения диагноза?</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную</p>	<p>лапароскопия.</p> <p>3. Эктопическая беременность, воспаление придатков матки, о. аппендицит.</p> <p>4. При алгической форме – консервативная терапия (постельный режим, холод на низ живота, анальгетики, гемостатики); при анемической форме – оперативное лечение (ушивание или коагуляция кровотокающих сосудов яичника) (согласно клинического протокола).</p> <p>5. Прием КОК с целью контрацепции.</p> <p>Своевременная диагностика и лечение воспалительных заболеваний гениталий и гормональных нарушений репродуктивной системы.</p>		
--	---	--	--

	<p>патологию?</p> <p>4. Лечение?</p> <p>5. Профилактика данного заболевания?</p>			
30	<p>Больная 33 лет поступила в гинекологическое отделение ЦРБ с жалобами на сильные боли внизу живота, озноб, тошноту, слабость. Заболела остро около 15 часов назад, появились боли в низу живота, озноб, повысилась температура тела до 39,5 градусов.</p> <p>Из анамнеза: менструации с 12 лет, по 4 дня, цикл 30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 8 дней назад. Половую жизнь ведет с 23 лет. Было 4 беременности, из них 1 роды и 3 медицинских аборта, без осложнений. Гинекологических заболеваний не было. Две недели назад был незащищенный половой акт со случайным половым партнером.</p> <p>При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Пульс 120 уд/мин, АД 120/80 мм. рт. ст., температура тела 39,5°C. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. В легких дыхание везикулярное. При пальпации нижних отделов живота возникает резкая болезненность, симптомы раздражения брюшины положительны. Симптом XII ребра с обеих сторон отрицательный. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища</p>	<p>1. Острый сальпингоофорит. Пельвиоперитонит. Кольпит. (Не исключается специфической этиологии).</p> <p>2. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из влагалища и цервикального канала на флору, gn, трихомонады и прочие ИППП; УЗИ гениталий, кульдоцентез, лапароскопия.</p> <p>3. Острый аппендицит, внематочная беременность.</p> <p>4. Лечение начинают с консервативной комплексной противовоспалительной терапии (инфузии коллоидов и кристаллоидов, антибиотики, антигистаминные, анальгетики). При отсутствии положительного эффекта в течение 24-48 часов - показано оперативное лечение.</p> <p>5. Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, лечение хронических очагов инфекции.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6



	<p>гиперемирована, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала истекают гноевидные выделения. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, смещение шейки резко болезненно. Матка нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон четко не пальпируются в виду резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки.</p> <p>1. Предполагаемый диагноз?</p> <p>2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Какова лечебная тактика?</p> <p>5. Какова профилактика данного заболевания?</p>			
31	<p>Больная 19 лет, поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра, тошноту, однократную рвоту, понос до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5°C, озноб, слабость. Из анамнеза: в браке не состоит. Половая жизнь регулярная, без контрацепции. В течение последнего месяца имела 5 половых партнёров. Последняя menses в срок.</p>	<p>1. Острый сальпингоофорит, пельвиоперитонит.</p> <p>2. Острый аппендицит. Кишечная токсикоинфекция.</p> <p>3. Развёрнутый анализ крови с подсчётом лейкоцитарной формулы. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ЗППП методом ПЦР. Посев кала. УЗИ</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	<p>Заболела остро на 7-ой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: Занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. АД 110/70 мм рт.ст. PS 115 в 1 мин, температура тела 38,9°C. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При влагалищном исследовании: шейка матки с явлениями эндоцервицита, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Тело матки и придатки пальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный.</p> <p>1. Наиболее вероятный диагноз?</p> <p>2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?</p> <p>4. Лечение?</p> <p>5. В чем заключается профилактика данного заболевания?</p>	<p>органов малого таза и брюшной полости. Лапароскопия.</p> <p>4. Дезинтоксикационная, антибактериальная, десенсибилизирующая, витаминотерапия. В случае гнойного пельвиоперитонита – оперативное лечение.</p> <p>5. Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, своевременная диагностика и лечение ИППП.</p>		
32	<p>Незамужняя женщина 26 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 3</p>	<p>1. Кольпит. Цервицит. Острый уретрит (не исключается специфической этиологии).</p> <p>2. Мазки из уретры,</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	<p>дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.</p> <p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. Составьте план дообследования больной.</p> <p>3. Какие лечебные мероприятия необходимы?</p> <p>Причины развития заболевания у данной больной?</p>	<p>цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Анализ крови на RW и ВИЧ. Общий анализ мочи, посев мочи с антибиограммой.</p> <p>3. Антибактериальная, местносанирующая терапия с учетом выделенного возбудителя.</p> <p>4. Большое количество половых партнеров.</p> <p>5. Упорядочение половой жизни, использование барьерных методов контрацепции (презерватив).</p>		
33	<p>Пациентка 33 лет, доставлена в гинекологическое отделение БСМП с жалобами на интенсивные тянущие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, обильные гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 3,5°C с ознобами, слабость. Из анамнеза: болеет в течение 11 дней, заболела сразу после очередной менструации, которая пришла в срок. В анамнезе 2 родов, 3 мед. аборта без осложнений. Страдает</p>	<p>1. Обострение хронического двухстороннего аднексита с образованием tuboовариальной опухоли справа, сактосальпинкса слева, пельвиоперитонит на фоне ВМС.</p> <p>2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

<p>хроническим аднекситом с редкими обострениями, ИППП в анамнезе отрицает. Контрацепция – ВМС в течение 10 лет. При осмотре: состояние больной тяжелое. Температура – 38,7°С, пульс 100 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот обычной формы, не вздут, симметричный, напряжен и резко болезненный в области гипогастрия. Симптомы раздражения брюшины положительны в области гипогастрия. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейка матки без воспалительных явлений, в зеве – усы ВМС. Из цервикального канала стекают обильные гнойные бели. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Справа от матки определяется опухолевидное образование, без четких контуров, до 8 см в диаметре, плотное, неподвижное, резко болезненное. Слева придатки утолщены, подвернуты за матку, резко болезненны. Своды глубокие. Движения за шейку матки болезненны.</p> <p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. План обследования больной.</p> <p>3. С какими</p>	<p>ПЦР. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки. УЗИ органов малого таза. Кульдоцентез. Лапароскопия.</p> <p>3. Истинная опухоль яичника, перекрут миоматозного узла на ножке, о. аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.</p> <p>4. Начать комплексную консервативную противовоспалительную терапию (в течение 5-7 суток) с последующим оперативным лечением.</p> <p>5. Соблюдение правил использования ВМС, своевременная диагностика и лечение ИППП.</p>		
---	---	--	--

	<p>заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Лечебная тактика?</p> <p>5. В чем заключается профилактика данного заболевания?</p>			
34	<p>В гинекологическое отделение поступила больная 55 лет по поводу кровотечения из половых путей. Последняя менструация была 3 года назад.</p> <p>При поступлении состояние удовлетворительное. А/Д - 110/75 мм.рт.ст., кожа и слизистые бледные. НЬ 95 г/л. Живот мягкий безболезненный.</p> <p>Вагинально: Шейка цилиндрическая, зев закрыт. Тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, плотное, подвижное. Область придатков без особенностей.</p> <p>Инфильтратов в малом тазу не определяется.</p> <p>Произведено диагностическое выскабливание полости матки и гистологическое исследование соскоба. Гистология соскоба: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия без атипии.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при маточных кровотечениях в постменопаузе?</p> <p>3. Необходимое обследование?</p> <p>4. Предложите план лечения больной?</p>	<p>1. Маточное кровотечение в постменопаузе. Гиперплазия эндометрия без атипии. Анемия I ст.</p> <p>2. С раком тела и шейки матки, полипом и атипической гиперплазией эндометрия, раком вульвы и влагалища, заболеваниями крови, с маточным кровотечением на фоне атрофии эндометрия и гипертонического криза, исключить гормонопродуцирующие опухоли яичников.</p> <p>3. Общеклиническое обследование, гемостазиограмма, кольпоскопия + вульвоскопия + вагиноскопия (по показаниям) и мазок на атипию, фракционное диагностическое выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии, УЗИ органов малого таза с ЦДК.</p> <p>4. Оперативное лечение в плановом порядке в объеме: лапаротомия (или лапароскопия), тотальная гистерэктомия с придатками.</p> <p>5. Абляция эндометрия.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-11

	5. Возможное лечение в случае наличия тяжелой соматической патологии?			
35	<p>В гинекологическое отделение бригадой скорой помощи доставлена пациентка 18 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота больше справа с иррадиацией в прямую кишку. Из анамнеза: заболела остро около часа назад, когда во время занятия спортом появились вышеперечисленные жалобы. В течение последних 2-х месяцев находилась на диспансерном учете в ж/к по поводу кисты правого яичника, получала противовоспалительную терапию. Беременностей в анамнезе не было. Контрацепция – барьерная. При осмотре: температура тела 37,0 градусов, АД 110/70 мм.рт.ст., PS 80 в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Живот симметричный обычной формы, не вздут, мягкий болезненный при глубокой пальпации в нижних отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При влагалищном исследовании: Шейка матки коническая, наружный зев закрыт. Матка обычных размеров, плотная, безболезненная. Справа определяется увеличенный до 4-5 см, болезненный яичник, слева придатки не определяются. Осмотр</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разрыв кисты правого яичника.</li> <li>2. УЗИ органов малого таза с ЦДК, развернутый анализ крови, группа крови и резус-фактор, ХГЧ крови, кульдоцентез, лапароскопия.</li> <li>3. Эктопическая беременность, апоплексия яичника, острая хирургическая патология с внутрибрюшным кровотечением (разрыв селезенки), почечная колика.</li> <li>4. При наличии внутрибрюшного кровотечения — экстренное оперативное лечение (лапароскопия, энуклеация кисты яичника, коагуляция кровоточащих сосудов). При отсутствии внутрибрюшного кровотечения - консервативная терапия: постельный режим, холод на низ живота, гемостатики, обезболивающие препараты.</li> <li>5. Своевременная диагностика и адекватная терапия воспаления придатков матки, прием КОК с целью контрацепции, своевременное оперативное лечение опухолевых новообразований яичников.</li> </ol>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9

	<p>несколько затруднён из-за боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода болезненны. Выделения слизистые.</p> <p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. Необходимое дообследование больной?</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Лечение.</p> <p>5. Какова профилактика данного заболевания?</p>			
Гинекологическая эндокринология				
36	<p>Больная А. 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Менструации по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 4 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет, родов 2, аборт 2 без осложнений. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Контрацепцией не пользуется. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, А/Д-115/75 мм.рт.ст. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа и слизистые бледные. Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии,</p>	<p>1. Аномальное маточное кровотечение. Анемия I степени.</p> <p>2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза, определение ХГЧ, кольпоскопия, мазок на атипические клетки с шейки матки</p> <p>3. С миомой матки, патологией эндометрия (полип, гиперплазия, рак), аденомиозом, раком шейки матки, заболеваниями крови.</p> <p>4. Показано проведение фракционного диагностического выскабливания слизистой матки под контролем гистероскопии.</p> <p>5. При отсутствии атипических изменений в соскобе слизистой матки рекомендовано прием прогестинов (введение ЛГ-ВМС), нормализация режима труда и отдыха,</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-9

	<p>наружный зев щелевидный, из зева – обильные кровянистые выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы, округлой формы, в нормальном положении, плотной консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, своды свободные. Анализ крови: гемоглобин 90 г/л, СОЭ — 15 мм/ч.</p> <p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. Какой объем обследования больной необходимо провести?</p> <p>3. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Лечебная тактика?</p> <p>5. В чем заключается профилактика рецидивов заболевания?</p>	<p>коррекция имеющейся соматической патологии (жирового обмена).</p>		
37	<p>К врачу с жалобами на ноющие боли внизу живота, расстройства менструальной функции обратилась больная К. Менструации с 16 лет, по 3-4 дня, скудные, болезненные с момента появления менструации. Ритм их не установлен: отмечает задержки по 2-3 месяца, последние годы через 6-8 месяцев. Последняя менструация была 4 месяца назад. Замужем 6 лет, беременностей не было. Муж здоров. За последние 2-3 года стала замечать повышенное</p>	<p>1. Опсоолигоменорея. 2. Эндокринное бесплодие. 3. Гормонопродуцирующая опухоль яичника. 4. Гипертрихоз, гирсутизм. 5. Синдром Штейна-Левенталя, гиперплазия надпочечников, опухоль гипофиза, адреногенитальный синдром.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8



	<p>оволосение: на лице, подбородке, нижних конечностях, по белой линии живота, возле ареол молочных желез, умеренное ожирение. Рост — 172 см, вес — 82 кг.</p> <p>1. Укажите характер расстройств менструальной функции.</p> <p>2. Возможные причины бесплодного брака.</p> <p>3. Какие эндокринные заболевания могут быть причиной усиленного оволосения.</p> <p>4. Назовите различные варианты усиленного оволосения.</p> <p>5. При каких заболеваниях чаще всего наблюдается гирсутизм?</p>			
38	<p>У девушки 14 лет обильные, со сгустками, нерегулярные менструации. Менархе в 13 лет, менструации нерегулярные через 24-45 дней по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение.</p> <p>В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста, петехиальная мелкоочечная сыпь, при травмах кровь плохо свертывается.</p> <p>Обследована на 7-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому</p>	<p>1. Хронические аномальные маточные кровотечения периода полового созревания. Не исключается заболевание крови. Постгеморрагическая анемия I степени.</p> <p>2. Развернутый и биохимические анализы крови, общий анализ мочи, гемостазиограмма, исследование гормонов крови, УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, вагиноскопия, консультация гематолога, педиатра.</p> <p>3. С патологией эндометрия и шейки матки, прервавшейся маточной и внематочной беременностью, травмы половых органов. Исключить заболевание крови!</p> <p>4. Назначение негормональных гемостатических средств (согласно клинического</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10

	<p>типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.</p> <p>1. Предполагаемый диагноз?</p> <p>2. Составьте план обследования больной.</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?</p> <p>4. Какова лечебная тактика?</p> <p>5. Существует ли альтернативный метод остановки кровотечения у девушек-подростков?</p>	<p>протокола).</p> <p>5. Гормональный гемостаз. При неэффективности – хирургический гемостаз (согласно клинического протокола)..</p>		
39	<p>Больная 17 лет, пришла в сопровождении матери, посещению врача сопротивлялась. Жалоб не предъявляет, контактна, но агрессивна и груба. Со слов матери, аменорея в течение 3-х лет, отсутствие менструаций девушку не волнует. Менархе в 12.5 лет, последовательность развития вторичных половых признаков не нарушалась. С 14.5 лет начала ограничивать прием пищи, так как считала свой вес избыточным. К 15 годам потеряла в весе 15 кг, и менструации прекратились. Ела только вареные овощи в небольшом количестве, исключила прием мяса и жиров, вызывала у себя рвоту после приема пищи. Половой жизнью не живет. Учится хорошо, на усталость и утомляемость</p>	<p>1. Аменорея на фоне потери массы тела. Нервная анорексия.;</p> <p>2. Психиатра (исключить юношескую шизофрению), психолога;</p> <p>3. Снижение уровней ЛГ, ФСГ, ТТГ, эстрадиола, кортизола. Пролактин может быть в норме.;</p> <p>4. Аменорея центрального генеза, вторичная гипоталамическая недостаточность, гипогонадотропная аменорея;</p> <p>5. После консультации психиатра в случае обнаружения отклонений – специфическая терапия. Восстановление уровня гормонов и возобновление менструаций возможны при нормализации массы тела. На данном этапе госпитализация, витаминотерапия,</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-11, ПК-12

	<p>не жалуется. Рост 167 см, вес 43 кг. ИМТ -15. Кожа бледная с сероватым оттенком, сухая, шелушится. Молочные железы дряблые. Наружные половые органы гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположительный диагноз;</li> <li>2. Консультация каких специалистов необходима данной больной?;</li> <li>3. Предположительные данные гормональных исследований;</li> <li>4. Укажите вид аменореи. генез нарушений.;</li> <li>5. Тактика лечения;</li> </ol>	инфузионная терапия, психотропные препараты.		
<b>Опухоли половой системы женщины</b>				
40	<p>В ж/к обратилась беременная 24 лет, с жалобами на периодически возникающие боли слева внизу живота ноющего характера. Стоит на учете по беременности с 13 недель. Обследована, все анализы без патологии.</p> <p>Объективно: Беременная умеренного питания. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, А/Д 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого (-).</p> <p>Вагинально: Влагалище свободное, шейка размягчена, матка до 14-15 недель, с четкими контурами, безболезненна. Справа придатки не пальпируются, слева спереди от матки определяется опухолевидное образование с четкими контурами, эластической консистенции</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Беременность 13 недель. Киста левого яичника.</li> <li>2. УЗИ.</li> <li>3. Для подтверждения диагноза и характера опухоли.</li> <li>4. Да.</li> <li>5. В 17-18 недель.</li> </ol>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-11

	<p>размерами 8-7-8 см, ограничено в подвижности. Задний свод свободный. Выделения слизистые. Шейка без видимых изменений.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз?</li> <li>2. Какое обследование необходимо сделать дополнительно?</li> <li>3. С какой целью?</li> <li>4. Нуждается ли беременная в оперативном лечении?</li> <li>5. Если да, то при каком сроке беременности лучше оперировать?</li> </ol>			
41	<p>Больная О., 60 лет находится на «Д»-учете у онколога по поводу рака желудка II ст. – оперирована 6 мес. назад. Постменопауза – 20 лет. При гинекологическом осмотре обнаружено: матка меньше нормальных размеров, атрофичная; в области придатков с обеих сторон пальпируются плотные, бугристые образования диаметром до 8-9 см. В заднем своде пальпируется безболезненное мелкобугристое образование. Выделения из половых путей слизистые. В зеркалах - шейка матки и слизистая влагалища без видимой патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предполагаемый диагноз?</li> <li>2. С какими заболеваниями следует дифференцировать мелкобугристое образование в заднем своде?</li> <li>3. Какая стадия онкологического процесса у</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метастатический рак яичников (рак Круккенберга).</li> <li>2. Спастический колит – «овечий кал», ретроцервикальный эндометриоз.</li> <li>3. IV стадия – генерализация.</li> <li>4. Неблагоприятный.</li> <li>5. Симптоматическая терапия</li> </ol>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-11

	больной? 4. Прогноз? 5. Лечение?			
42	<p>В гинекологическое отделение поступила больная 43 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровотечение из половых путей, слабость. Больной себя считает около года, когда стали беспокоить обильные менструации продолжительностью до 10 дней, после чего отмечала слабость, недомогание, головокружение. Стоит на учете в ж/к по поводу миомы матки. Последняя менструация началась 12 дней назад и продолжается до настоящего времени. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей не было.</p> <p>Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90, ритмичный, удовлетворительных свойств. А/Д - 110/80 мм. рт. ст. Кожа и слизистые бледные. Нв - 73 г/л.</p> <p>Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки без видимой патологии, наружный зев точечный. Выделения из половых путей обильные кровянистые. Вагинально: влагалище свободное, шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает палец. Матка шаровидная, увеличена до 8-9 недель беременности с четкими контурами, плотной консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не</p>	<p>1. Миома матки с наличием субмукозного узла (не исключается рождающийся субмукозный узел). Хронические аномальные маточные кровотечения. Хроническая постгеморрагическая анемия II-III ст.</p> <p>2. С прервавшейся маточной и внематочной беременностью, с патологией эндометрия, аденомиозом, раком шейки матки.</p> <p>3. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с с ЦДК, определение ХГЧ, гистероскопия с биопсией эндометрия (фракционным выскабливанием слизистой матки – по показаниям), кольпоскопия, мазок на атипию с шейки матки.</p> <p>4. Показано проведение гистерорезектоскопии, миомэктомии. При отказе от оперативного лечения – эмболизация маточных артерий.</p> <p>5. Прием препаратов железа под контролем гемоглобина крови.</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10

	<p>пальпируются.</p> <p>1. Предварительный диагноз?</p> <p>2. С какими заболеваниями матки будете дифференцировать диагноз?</p> <p>3. В каком дальнейшем обследовании нуждается больная?</p> <p>4. План лечения? Если оперативное, то каков объем оперативного вмешательства?</p> <p>5. Реабилитация больной?</p>			
43	<p>В гинекологическое отделение доставлена больная 39 лет с жалобами на сильные боли внизу живота больше слева с иррадиацией в поясницу, тошноту, жажду. Дома была неоднократная рвота. Заболела остро около 5 часов назад, во время физической работы появились вышеперечисленные жалобы. Принимала дома анальгин — эффекта нет. Менструации с 14 лет, установились сразу по 4-5 дней через 28 дней, последняя менструация в срок, началась 10 дней назад. Родов 2, абортов 4. В течение последних 5 лет гинекологом не осматривалась. Контрацепция – барьерная. Объективно: больная в постели лежит на боку с приведенными ногами (вынужденное положение), кожа и слизистые бледные. Пульс 102, ритмичный, удовлетворительного наполнения, А/Д - 120/75 мм.рт.ст. Язык сухой, слегка обложен серым налетом. Живот обычной</p>	<p>1. Перекрут ножки опухоли левого яичника.</p> <p>2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с ЦДК, УЗИ почек, определение ХГЧ, лапароскопия</p> <p>3. Внематочная беременность, острое воспаление придатков матки с образованием тубоовариальной опухоли слева, опухоль ректосигмоидного отдела кишечника, перекрут ножки субсерозного миоматозного узла, нагноение опухоли левого яичника, почечная колика.</p> <p>4. Оперативное лечение в экстренном порядке.</p> <p>5. Лапароскопия или лапаротомия. Удаление левых придатков матки. В случае отсутствия некротических изменений в ножке опухоли и подозрения на злокачественную опухоль яичника возможно проведение деторсии и энуклеации опухоли левого яичника (согласно клинических рекомендаций).</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9, ПК-11

	<p>формы, не вздут, при пальпации напряжен и болезненный в нижних отделах больше слева. Здесь же положительные симптомы раздражения брюшины. Печень не пальпируется. Симптом XII ребра отрицательный справа, слабо положительный слева.</p> <p>В зеркалах: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии.</p> <p>Р.У.: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Придатки справа не определяются. Слева от угла матки и выше пальпируется опухолевидное образование округлой формы размерами 10*12 см, с четкими контурами, болезненное при смещении, тугоэластической консистенции. Выделения из половых путей слизистые.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз?</li> <li>2. Дополнительные методы исследования, необходимые в данном случае?</li> <li>3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?</li> <li>4. Тактика врача?</li> <li>5. Оперативный доступ и возможный объем операции?</li> </ol>			
44	<p>Пациентка 33 лет доставлена бригадой скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота, обильные гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39<sup>0</sup>С с</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обострение хронического эндометрита, хронического двухстороннего аднексита с образованием tuboовариальной опухоли справа, пиосальпинкса слева. Пельвиоперитонит (на фоне ВМС).</li> </ol>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9

<p>ознобами, слабость. Из анамнеза: заболела сразу после очередной менструации, которая пришла в срок. В начале появились тянущие боли в низу живота. Затем присоединилась гипертермия и гнойные выделения из половых путей (периодическое повышение температуры тела больная отмечает в течение последних 6 дней). В анамнезе 2 родов, 3 мед. аборта без осложнений. Контрацепция – ВМС в течение 9 лет.</p> <p>При осмотре: состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Температура – 38,7 градусов, пульс 100 уд в 1 мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот не вздут, симметричный, напряжен и резко болезненный в области гипогастрия. Здесь же положительны симптомы раздражения брюшины. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейка матки без воспалительных явлений, в зеве – усы ВМС. Из цервикального канала стекают обильные гнойевидные бели. При влагалищном осмотре: матка нормальных размеров, плотная, болезненная. Справа от матки определяется опухолевидное образование, без четких контуров, до 7-8 см в диаметре, плотное, неподвижное, резко болезненное. Слева</p>	<p>2. Рак яичника, внематочная беременность, перекрут миоматозного узла на ножке, о. аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.</p> <p>3. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. ХГЧ крови. УЗИ органов малого таза. Кульдоцентез. Лапароскопия.</p> <p>4. Начать комплексную консервативную противовоспалительную терапию (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, обезболивающие препараты) с последующим оперативным лечением. При неэффективности консервативной терапии в течение 24-48 часов – оперативное лечение в экстренном порядке.</p> <p>5. Соблюдение правил использования ВМС, своевременное лечение воспалительных заболеваний половых органов и бактериального вагиноза, упорядочение половой жизни.</p>		
--	---	--	--



	<p>придатки утолщены, подвернуты за матку, резко болезненны. Своды глубокие. Движения за шейку матки болезненны.</p> <p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>3. План обследования больной.</p> <p>4. Лечебная тактика?</p> <p>5. Какова профилактика данного заболевания?</p>			
45	<p>Больная И., 42 лет пришла на проф. осмотр. У гинеколога не была на осмотре 5 лет. Месячные приходят регулярно. В анамнезе 1 роды, 2 мед. аборта, 2 самопроизвольных выкидыша. Неоднократно лечилась по поводу хронического аднексита. При осмотре: кожные покровы бледные, тургор ткани снижен. Пульс 72. АД 110/70 мм рт. ст. Температура тела нормальная. Живот шаровидной формы, "распластан", симптом флюктуации (+). Печень не увеличена. Физиологические опрвления в норме. В анализе крови: НЬ 90 г/л, Л - <math>7 \cdot 10^9</math> г/л, СОЭ 35 мм/час. Вагинально: матка не увеличена, обычной консистенции, ограничено подвижная. Придатки справа: пальпируются опухолевидное</p>	<p>1. Двухсторонние опухоли яичников.</p> <p>2. Пункция заднего свода с цитологическим исследованием асцитической жидкости, мазки на атипию клеток влагалищной части шейки матки, выскабливание полости матки с гистологическим исследованием, УЗИ гениталий с ЦДК, УЗИ внутренних органов и почек, ФЛГ грудной клетки, цистоскопия, колоноскопия, маммография, общеклинические анализы крови и мочи, МРТ органов малого таза, лапароскопия.</p> <p>3. С опухолью ЖКТ или молочных желез, опухолями тела матки, тубоовариальными воспалительными образованиями.</p> <p>4. Оперативное лечение после полного клинико-лабораторного обследования.</p> <p>5. Лапаротомия или</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-11

	<p>образование, плотной консистенции 5*6 см, безболезненное, слева: опухолевидное образование, плотной консистенции, бугристое, органичено подвижное 12*8*8 см. Задний свод инфильтрирован, безболезненный. Выделения из половых путей слизистые. Шейка без видимой патологии.</p> <p>1. Предварительный диагноз?  2. Какое дообследование необходимо для уточнения диагноза?  3. Дифференциальный диагноз?  4. Тактика врача?  5. Объем оперативного лечения при малигнизации процесса? Где должно проводиться оперативное лечение в случае малигнизации?</p>	<p>лапароскопия. Тотальная гистерэктомия с придатками с обеих сторон. Оментэктомия. Лимфаденэктомия. В онкологическом диспансере.</p>		
46	<p>Бригадой скорой помощи в гинекологический стационар доставлена пациентка 51 года с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота, тошноту, рвоту дважды, повышение температуры тела до 38 градусов. Болеет в течение 2-х суток, когда резко после изменения положения тела появились сильные боли в нижних отделах живота, через сутки присоединилась гипертермия, тошнота и рвота.</p> <p>Из анамнеза: менструации в течение последних 2 лет нерегулярные, через 1-3 месяца по 4-5 дней. Последняя менструация была 35 дней назад. В</p>	<p>1. Перекрут ножки опухоли правого яичника. Миома матки.  2. Развернутый и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, тест на ХГЧ, УЗИ органов малого таза с ЦДК, кульдоцентез, лапароскопия,  3. Эктопическая беременность, перекрут миоматозного узла на ножке, опухоль кишечника, аппендикулярный инфильтрат, кишечная непроходимость, апоплексия яичника, почечная колика, нагноение или малигнизация опухоли яичника.  4. Оперативное лечение в экстренном порядке. Предполагаемый объем</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-12

<p>анамнезе 2 родов и 5 мед. абортов без осложнений. При проф. осмотре гинекологом 3 года назад диагностирована миома матки до 6 недель, после этого гинекологом не наблюдалась.</p> <p>Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 38,5 градусов, пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 130/70 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, напряжен и болезнен в нижних отделах. Здесь же положительные симптомы раздражения брюшины.</p> <p>При гинекологическом осмотре: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, зев закрыт, тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, бугристая, безболезненная; придатки слева не пальпируются, справа и кзади от матки пальпируется опухолевидное образование, плотной консистенции, подвижное, резко болезненное, до 12 см в диаметре. Своды глубокие.</p> <p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.</p> <p>3. С чем необходимо проводить дифференциальную</p>	<p>операции: тотальная гистерэктомия с правыми придатками и левой трубой, вопрос об удалении левого яичника решается индивидуально (с учетом возраста больной и интраоперационной картины).</p> <p>5. Проведение профилактических осмотров с целью своевременной диагностики опухолей яичников, своевременное их оперативное лечение, диагностика и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза.</p>		
---	---	--	--

	<p>диагностику?</p> <p>4. Какова лечебная тактика? Объем операции?</p> <p>5. Профилактика данного заболевания?</p>			
47	<p>У больной 42 лет, внезапно развился приступ острых болей в нижних отделах живота. Менструации регулярные, через 28-30 дней по 5-7 дней, обильные, безболезненные. Последняя менструация началась 20 дней назад. В анамнезе 3 беременности: 2 родов и 1 мед. аборт. В течение последних 5 лет пациентка наблюдается нерегулярно в женской консультации по поводу миомы матки.</p> <p>Объективно: температура тела 37,1 градус, АД 120/80 мм.рт.ст., пульс 78 уд/мин., удовлетворительного наполнения. Живот не вздут, мягкий, резко болезненный в нижних отделах, над лоном пальпируется нижний полюс плотной опухоли, исходящей из малого таза. Бимануальное исследование: матка увеличена до 16 недель беременности, бугристая за счет множества узлов, один из них спереди, 13*8 см, резко болезненный при пальпации. Своды глубокие. Шейка матки без патологических изменений.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. План обследования больной?</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Лечение?</p> <p>5. В чем заключается</p>	<p>1. Миома матки больших размеров с нарушением трофики миоматозного узла.</p> <p>2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий с ЦДК, лапароскопия, анализ крови или мочи на ХГЧ.</p> <p>3. Эктопическая беременность, перекрут ножки опухоли яичника, опухоль мочевого пузыря или кишечника с нарушением трофики, саркома матки.</p> <p>4. Оперативное лечение после предоперационной подготовки.</p> <p>5. Регулярное диспансерное наблюдение больной (не реже 1 раза в 6 месяцев), проведение гормональной терапии с целью стабилизации роста узлов миомы, своевременное оперативное лечение миомы матки или проведение эмболизации маточных артерий.</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-12

	профилактика данного заболевания?			
Организация акушерской и гинекологической помощи женскому населению				
48	<p>На профилактическом осмотре у пациентки В., 43 лет на передней губе шейки матки обнаружено опухолевое образование размерами 2*2 см. белесоватого цвета, с плотными папилломатозными разрастаниями, неровными контурами, но с четкими границами.</p> <p>В анамнезе 2 беременности: 1 срочные роды, 1 мед. аборт. Гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция не нарушена. Последний раз у гинеколога была 5 лет назад.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Вагинально: шейка цилиндрической формы, деформирована за счет старых разрывов, бугристой консистенции, подвижная. Тело матки обычных размеров, подвижно, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, безболезненные. Область параметриев свободна. Инфильтратов в малом тазу нет.</p> <p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. План обследования больной?</p> <p>3. С чем необходимо проводить дифференциальную дифференцировать?</p> <p>4. План лечения?</p>	<p>1. Инвазивный рак шейки матки.</p> <p>2. Биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание слизистой матки с гистологическим исследованием, лимфография, цистоскопия, ректومانоскопия, УЗИ органов малого таза, ФЛГ грудной клетки, общеклиническое обследование.</p> <p>3. С CIN и доброкачественными заболеваниями шейки матки (полипом и, кондиломами, лейкоплакией).</p> <p>4. Комбинированное: расширенная экстирпация матки с придатками и тазовой лимфаденэктомией с последующей лучевой терапией.</p> <p>5. Упорядочение половой жизни, барьерная контрацепция, своевременная диагностика и лечение доброкачественных заболеваний шейки матки. Диспансерное наблюдение в условиях ж/к.</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-10

	5. В чем заключается профилактика данного заболевания?			
49	<p>Больная 27 лет обратилась с жалобами на слабость, одышку, кашель, кровянистые выделения из половых путей в течение недели.</p> <p>Менструации с 14 лет по 3-4 дня через 21 день, безболезненные, умеренные. Последняя менструация была 5 месяцев назад. В анамнезе 4 беременности, 1 срочные роды, 2 мед. аборта без осложнений, 1 самопроизвольный выкидыш в 7 недель, который произошел 3 месяца назад. Произведено выскабливание полости матки, после чего в течение недели были кровянистые мажущие выделения из половых путей, к врачу не обращалась. Через месяц по поводу задержки менструации обратилась к гинекологу и с диагнозом: "Беременность 7 недель" вновь направлена на выскабливание. В соскобе элементов плодного яйца не обнаружено. Через неделю после выскабливания появился кашель и одышка. Больная обратилась к терапевту.</p> <p>При рентгенологическом исследовании грудной клетки диагностирован туберкулез, назначено лечение, но состояние больной продолжало ухудшаться, появились боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей.</p>	<p>1. Трофобластическая болезнь. Хорионкарцинома?</p> <p>2. Фракционное диагностическое выскабливание полости матки, УЗИ органов малого таза, почек и внутренних органов, МРТ органов малого таза, тазовая ангиография, анализ крови на уровень ХГЧ, цистоскопия, ирригоскопия, рентгенография грудной клетки, биопсия узлового образования влагалища с гистологией.</p> <p>3. Трофобластическая болезнь: хорионкарцинома матки III ст. с метастазами во влагалище и легкие.</p> <p>4. Химиотерапия (метатрексат) на фоне дезинтоксикационной, общеукрепляющей, десенсибилизирующей, гемостатической, седативной, иммунокорректирующей терапии. При отсутствии эффекта — экстирпация матки с придатками и в последующем — химиотерапия до регресса метастаза.</p> <p>5. В легкие.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12

	<p>При осмотре у гинеколога: состояние больной средней степени тяжести. Пульс 98, ритмичный. Кожа и слизистые бледные. Живот мягкий, безболезненный, физиологические опавления в норме. Анализ крови: НЬ 47 г/л, СОЭ 47 мм/час, формула б/о.</p> <p>Вагинально: у входа во влагалище в толще его задней стенки — узел 4*5*4 см цианотичный, с изъязвлением, шейка цилиндрическая, зев щелевидный, тело матки увеличено до 14 недель, бугристое, мягковатой консистенции. Придатки не увеличены, своды глубокие. Выделения кровянистые, темные, умеренные.</p> <p>1. Предварительный диагноз?</p> <p>2. Какое обследование необходимо провести?</p> <p>3. Поставьте клинический диагноз?</p> <p>4. План ведения больной?</p> <p>5. Где появляются первые метастазы при трофобластической болезни?</p>			
50	<p>Больная 46 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса.</p> <p>В анамнезе 5 беременностей: 2 нормальных родов, 3 мед. аборта без осложнений. Последний раз у гинеколога была 6 лет назад.</p> <p>При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 2*2 см, контактно кровоточит.</p>	<p>1. Рак шейки матки I ст.</p> <p>2. Биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание слизистой матки и цервикального канала, ФЛГ грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, МРТ органов малого таза, цистоскопия, общеклиническое обследование.</p> <p>3. Комбинированный метод</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-9

	<p>Вагинально: Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, безболезненные. 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. Сколько времени больная должна находиться на учете у онкогинеколога?</p>	<p>лечения: оперативное лечение и лучевая терапия после операции.</p> <p>4. Расширенная экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией.</p> <p>5. Не менее 5 лет больная должна находиться на учете у онкогинеколога.</p>		
51	<p>Больная, 44 лет. Обратилась к врачу женской консультации с жалобами на задержку менструации на 5 недель, периодические ноющие боли внизу живота, тошноту.</p> <p>Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные через 28-30 дней по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. В последний год менструальный цикл неустойчивый, через 28-60 дней, по 3 - 10 дней, последняя менструация 9 недель назад. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Всего было 6 беременностей, 2 из которых закончились родами, 4 - искусственными абортами. Последний аборт 5 лет назад, осложнившийся двусторонним аднекситом. От беременности предохраняется с помощью</p>	<p>1. Беременность 8-9 недель;</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо провести УЗИ органов малого таза. При решении вопроса о прерывании беременности - мазки из уретры, влагалища и цервикального канала на флору; кровь из вены на реакцию Вассермана, ВИЧ и австралийский антиген. При желании сохранить беременность - поставить на диспансерный учет, проведя соответствующее обследование.;</p> <p>3. Нарушение трофики в миоматозном узле, аденомиозом.;</p> <p>4. Тактика ведения данной пациентки зависит от ее желания. Если она планирует сохранить данную беременность, то она должна быть взята на диспансерный учет. При этом проводится соответствующее</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-11



<p>презерватива.  В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки цианотична. Симптом зрачка отрицательный. Выделения слизистые, незначительные. Бимануально: тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, мягковато; на пальпацию реагирует сокращением. Область перешейка размягчена. Придатки матки с обеих сторон не пальпируются. Параметральная клетчатка мягкая.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз?</li> <li>2. План обследования больной?</li> <li>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</li> <li>4. Тактика ведения беременной?</li> <li>5. Какие методы контрацепции можно посоветовать?</li> </ol>	<p>обследование, согласно приказа №572. Если же она планирует прерывание беременности, то это можно сделать до 12 недель хирургическим или медикаментозным путем.;</p> <p>5. В качестве метода контрацепции можно рекомендовать: КОК или ВМС, возможны также чистые гестагены или операция стерилизации;</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	Собрать анамнез и особенности течения беременности	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-5
2	Уметь выявлять факторы риска развития беременности, проводить профилактику осложнений	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-3
3	Уметь оценивать противопоказания к сохранению беременности	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-4
4	Уметь осуществлять дифференциальный подход к составлению плана ведения беременной с различной акушерской патологией и соматическими заболеваниями	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-4 ПК-7
5	Уметь определять степень зрелости шейки матки и готовности организма к родам	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-7
6	Владеть навыком оказания акушерского пособия при физиологических родах	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-7
7	Владеть техникой операции кесарево сечение	ВК ТК ГИА	ПК-6 ПК-7
8	Уметь вырабатывать тактику ведения родов при патологически протекающей беременности, преждевременных и запоздалых родах, определить показания к оперативному родоразрешению	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-10
9	Владеть техникой рассечения и ушивания промежности	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-4
10	Владеть техникой наложения акушерских щипцов и вакуум экстрактора плода	ВК ТК ГИА	ПК-6
11	Владеть техникой проведения удаления полипа слизистой цервикального канала под контролем гистероскопии	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-6
12	Владеть техникой проведения раздельного диагностического выскабливание цервикального канала и стенок матки	ВК ТК ГИА	ПК-3 ПК-6
13	Владеть техникой проведения искусственного и медикаментозного аборта	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-5
14	Владеть техникой проведения гистероскопии	ВК ТК ГИА	ПК-7 ПК-9
15	Проведение гистеросальпингографии	ВК ТК ГИА	ПК-6 ПК-10
	Участие в проведении хромоцистоскопии. Интерпретация данных	ВК ТК ГИА	ПК-4 ПК-10
	Участие в лапароскопии. Интерпретация данных	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-5
	Владеть техникой проведения удаления кист и вскрытия абсцессов наружных половых органов	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-10

	Владеть техникой проведения ножевой и эксцизионной биопсии шейки матки	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-7
	Владеть техникой проведения пункции лимфатических узлов, образований	ВК ТК ГИА	ПК-2 ПК-6 ПК-9
	Проведение диатермокоагуляции шейки матки	ВК ТК ГИА	ПК-6 ПК-10

#### 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
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
3.	ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАТИВНОГО ПРЕПАРАТА, ПРИГОТОВЛЕННОГО ИЗ СЛИЗИ, ОБНАРУЖЕННОЙ В ЖЕЛЧИ, ПРОВОДЯТ: 1) через 20-30 минут 2) через 2-3 часа В. через 5-10 минут 3) немедленно 4) правильного ответа нет	3	ВК ТК ГИА	ПК-2
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
5.	КАКОЙ ЦВЕТ КРЫШКИ СООТВЕТСТВУЕТ ПРОБИРКЕ ДЛЯ ЗАБОРА КРОВИ НА БИОХМИЮ 1) голубой 2) зеленый 3) красный 4) бледно-желтый 5) серый	3	ВК ТК ГИА	ПК-2
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

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
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
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-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-5
11.	ОТНОСИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО РЕТИКУЛОЦИТОВ (%) ОТРАЖАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ 1) RBC 2) WBC 3) RET 4) Plt 5) MRV	3	ВК ТК ГИА	УК - 1 ПК-5
12.	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	УК - 1 ПК-2
13.	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	УК - 1 ПК-2

	периферической крови 5. количество гранулоцитов в 1л крови			
14.	ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ ПРИ БОЛЬШИНСТВЕ ИНФЕКЦИОННЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 1) увеличением содержания грубодисперсных белков 2) уменьшением объема жидкой части крови 3) уменьшением содержания грубодисперсных белков 4) Бактериемией 5) токсемией	1	ВК ТК ГИА	УК - 1 ПК-5
15.	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) всеми перечисленными факторами	2	ВК ТК ГИА	УК - 1 ПК-5
16.	РЕНАЛЬНЫЕ ПРОТЕИНУРИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ: 1) Нарушением фильтрации и реабсорбции белков 2) Диспротеинемией 3) Попаданием экссудата при воспалении мочеточников 4) Почечными камнями 5) Всеми перечисленными факторами	1	ВК ТК ГИА	УК - 1 ПК-5
17.	ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА: 1) Прохождением через неповрежденный почечный фильтр белков низкой молекулярной массы 2) Фильтрацией нормальных плазменных белков через поврежденный почечный фильтр 3) Нарушением реабсорбции белка в проксимальных канальцах 4) Попаданием воспалительного экссудата в мочу при заболевании мочевыводящих путей Д. Всеми перечисленными факторами	4	ВК ТК ГИА	УК - 1 ПК-5
18.	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 проведении сахарной нагрузки 5) Глюкоза крови не меняется при внутривенном введении инсулина	3	ВК ТК ГИА	УК - 1 ПК-5
19.	УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С	5	ВК	УК - 1 ПК-5

	<p>ЦЕЛЮЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Диагностики сахарного диабета</li> <li>2) Оценки уровня контринсулярных гормонов</li> <li>3) Характеристики гликозилирования плазменных белков</li> <li>4) Оценки поражения сосудов</li> <li>5) Оценки инсулинсинтезирующей функции поджелудочной железы</li> </ol>		<p>ТК ГИА</p>	
20.	<p>УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ОТРАЖАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Степень ишемии тканей при диабете</li> <li>2) Тяжесть поражения печени</li> <li>3) Выраженность диабетических ангиопатий</li> <li>4) Суммарную степень нарушения углеводного обмена в течение 4-6 недель, предшествующих исследованию</li> <li>5) Уровень гипергликемии после приема пищи</li> </ol>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	УК - 1 ПК-5
21.	<p>ПРЕРЕНАЛЬНЫЕ ПРОТЕИНУРИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повреждением базальной мембраны</li> <li>2) усиленным распадом белков тканей</li> <li>3) попаданием воспалительного экссудата в мочу при заболевании мочевыводящих путей</li> <li>4) повреждением канальцев почек</li> <li>5) образованием камней в мочевыводящих путях</li> </ol>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	УК - 1 ПК-5
22.	<p>В НОРМЕ В МОЧЕ МОГУТ ПРИСУТСТВОВАТЬ ЕДИНИЧНЫЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) зернистые цилиндры</li> <li>2) восковидные цилиндры</li> <li>3) гиалиновые цилиндры</li> <li>4) эритроцитарные цилиндры</li> <li>5) лейкоцитарные цилиндры</li> </ol>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	УК - 1 ПК-2
23.	<p>ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ НАЛИЧИЕ КРОВИ В ПЕРВОЙ ПОРЦИИ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уретры</li> <li>2) мочевого пузыря</li> <li>3) мочеточников</li> <li>4) почечных лоханок</li> <li>5) мочевых канальцев</li> </ol>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	УК - 1 ПК-2
24.	<p>ОТНОСИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО РЕТИКУЛОЦИТОВ (%) ОТРАЖАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) RBC</li> <li>2) WBC</li> <li>3) RET</li> <li>4) Plt</li> <li>5) MRV</li> </ol>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	УК - 1 ПК-2
25.	<p>РЕТИКУЛОЦИТОЗ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) апластической анемии</li> <li>2) гипопластической анемии</li> <li>3) острым лейкозе</li> <li>4) метастазах в костный мозг</li> <li>5) гемолитических синдромах</li> </ol>	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	УК - 1 ПК-5



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

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
34.	ДЛЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ХАРАКТЕРНО 1) снижение рН 2) снижение парциального давления углекислого газа (рСО <sub>2</sub> ) 3) увеличение избытка оснований (ВЕ) 4) снижение буферных оснований (ВВ) 5) повышение парциального давления углекислого газа (рСО <sub>2</sub> )	2	ВК ТК ГИА	УК - 1 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	УК - 1 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	УК - 1 ПК-5
37.	ПРИ ПРОДУКЦИОННОЙ АЗОТЕМИИ ПРЕОБЛАДАЮТ 1) индикан 2) креатин 3) мочевины 4) креатинин 5) аминокислоты	5	ВК ТК ГИА	УК - 1 ПК-5
38.	"КАТАЛ" - ЭТО ЕДИНИЦА ОТРАЖАЮЩАЯ 1) константу Михаэлиса-Ментен 2) концентрацию фермента 3) концентрацию кофермента 4) активность фермента 5) коэффициент молярной экстинкции	4	ВК ТК ГИА	ПК-2
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
40.	ПРЕДПОЛАГАЮТ ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ	5	ВК	УК - 1 ПК-5

	<p>КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ НАХОДИТСЯ МЕЖДУ ВЕЛИЧИНАМИ</p> <p>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</p>		<p>ТК  ГИА</p>	
41.	<p>РЕТИКУЛОЦИТОЗ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ</p> <p>1) апластической анемии  2) гипопластической анемии  3) гемолитических синдромах  4) метастазах рака в кость  5) гиперпластических анемиях</p>	3	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	УК - 1 ПК-5
42.	<p>ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <p>1) Прохождением через неповрежденный почечный фильтр белков низкой молекулярной массы  2) Фильтрацией нормальных плазменных белков через поврежденный почечный фильтр В. Нарушением реабсорбции белка в проксимальных канальцах  3) Попаданием воспалительного экссудата в мочу при заболевании мочевыводящих путей  4) Всеми перечисленными факторами</p>	4	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	УК - 1 ПК-5
43.	<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 выше 5,5 ммоль/ч  2) Натощак и через 2 часа выше 6,7 ммоль/ч  3) Натощак выше 6,7 ммоль/ч, через 2 часа выше 11,0 ммоль/ч  4) Глюкоза крови не меняется при проведении сахарной нагрузки  5) Глюкоза крови не меняется при внутривенном введении инсулина</p>	3	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	УК - 1 ПК-5
44.	<p>УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ЦЕЛЮЮ:</p> <p>1) Диагностики сахарного диабета  2) Оценки уровня контринсулярных гормонов  3) Характеристики гликозилирования плазменных белков  4) Оценки поражения сосудов  5) Оценки инсулинсинтезирующей функции поджелудочной железы</p>	5	<p>ВК  ТК  ГИА</p>	УК - 1 ПК-5

## Практические навыки

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

	липидному и белковому компонентам ЛП.		
--	---------------------------------------	--	--

## 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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дать оценку изменения показателя</li> <li>2. Что необходимо сделать, чтобы старые единицы перевести в систему СИ</li> <li>3. Какой размерности соответствует величина активности фермента, выраженная в Е/л</li> <li>4. Какой размерности соответствует величина активности фермента, выраженная в нкат</li> <li>5. Что необходимо сделать, чтобы старые единицы выражения количества белка в г% перевести в массовую концентрацию г/л</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>126 \text{ мг}\% \times 0,055 = 6,93 \text{ ммоль/л}</math> Концентрация глюкозы снизилась</li> <li>2. необходимо старые единицы умножить на коэффициент пересчета</li> <li>3. мкмоль/м. л</li> <li>4. нмоль/с.л</li> <li>5. умножить на 10</li> </ol>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2
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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перевести мккат в мкмоль/м.л</li> <li>2. Дать оценку изменения показателя</li> <li>3. Что необходимо знать, чтобы рассчитать коэффициент перевода старых единиц в новые</li> <li>4. Вакутейнеры с каким цветом крышки необходимо взять для забора крови на биохимические методы исследования</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>0,42 \text{ мккат} \times 60 = 25,2 \text{ мкмоль/м.л}</math> (мкмоль/м.л)</li> <li>2. Активность фермента снизилась</li> <li>3. Знать молекулярную массу вещества</li> <li>4. Красная крышка</li> <li>5. На 10</li> </ol>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2

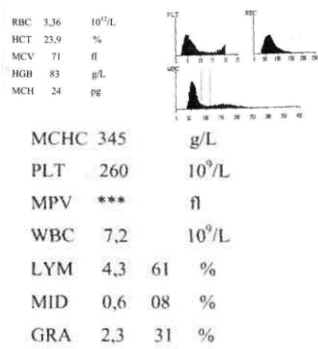
	5. На сколько отличаются между собой концентрации в г% и г/л			
3.	<p>При обследовании больного в динамике были получены результаты активности фермента щелочной фосфотазы исследование 120 у/л исследование 118 мкмоль/м.л</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какова размерность величины у/л</li>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

		терапевтических средств		
5.	<p>Имеются анализы:</p> <p>Триглицериды сыворотки крови -165 мг%</p> <p>Триглицериды сыворотки крови – 7,6 ммоль/л</p> <p>1. Дать оценку изменения показателя</p> <p>2. Через какое время необходимо центрифугировать кровь для получения сыворотки</p> <p>3. Через какое время берется кровь на исследование липидного обмена, чтобы можно было исключить «преаналитический» хилез</p> <p>4. Что может быть при преждевременном центрифугировании пробы крови</p> <p>5. Какая размерность активности фермента, выраженная в нкат</p>	<p>1. 165 мг% соответствует 1,82 ммоль/л. Показатель резко увеличился</p> <p>2. Через 30-45 минут, когда формирование сгустка заканчивается</p> <p>3. Натощак, через 12- 14 часов голодания</p> <p>4. Возможно продолжение образования фибрина, что может привести к сбою работы анализатора</p> <p>5. ммоль/с.л</p>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2
6.	<p>О каких заболеваниях можно подумать при следующих анализах мочи?</p> <p>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 — единичные в поле зрения.</p>	Острый гломерулонефрит	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5
7.	<p>О каких заболеваниях можно подумать при следующих анализах мочи?</p> <p>Суточное количество мочи 3500 мл. Моча светло-желтого цвета, резко кислой реакции, относительная плотность 1,048, белка нет, качественная</p>	Сахарный диабет	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5



	реакция на глюкозу и кетоновые тела положительная. Количество глюкозы 12 ммоль/л. В осадке: единичные клетки плоского эпителия и лейкоциты в поле зрения.			
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 10<sup>12</sup>/л; HCT 21,8%; MCV 78fl; HGB 79 g/l; MCH 28 pg ; MCHC 359g/l; PLT 71 10<sup>9</sup>/л; MPV *** fl; WBC 8,4 10<sup>9</sup>/л; LYM 7,2 87%; MID 0.8 09%; GRA 0,4 04%.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить гемограмму.</li> <li>2. Дополнительные методы исследования.</li> <li>3. Ожидаемый результат дополнительных методов исследования.</li> <li>4. Причины развития апластической анемии.</li> <li>5. Прогноз апластических анемий.</li> </ol>	<p>1) WBC: Значительное преобладание лимфоцитов. RBC: Анемия. PLT: Тромбоцитопения.</p> <p>2) Необходимо провести микроскопию мазка крови.</p> <p>3) Эритроциты: большинство клеток без выраженной патологии. Тромбоциты: выраженная тромбоцитопения.</p> <p>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 анемии, которые протекают с признаками повышенного гемолиза, с увеличенной селезенкой, небольшим ретикулоцитозом, раздражением красного ростка костного мозга и</p>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5

		<p>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 спленэктомия оказывает чаще хороший эффект вплоть до полного выздоровления. У части больных апластический синдром является началом острого лейкоза. Иногда признаки</p>		
--	--	---	--	--

		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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить гемограмму.</li> <li>2. Дополнительные методы исследования.</li> <li>3. Ожидаемый результат дополнительных методов исследования.</li> <li>4. Предполагаемый диагноз.</li> <li>5. Патогенез заболевания</li> </ol>  <p>RBC 3.36 <math>10^{12}/L</math>  HCT 23.9 %  MCV 71 fl  HGB 83 g/L  MCH 24 pg</p> <p>MCHC 345 g/L  PLT 260 <math>10^9/L</math>  MPV *** fl  WBC 7.2 <math>10^9/L</math>  LYM 4.3 61 %  MID 0.6 08 %  GRA 2.3 31 %</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Необходимо оценить осмотическую резистентность эритроцитов. Б/х анализ крови: ЛДГ, билирубин, АлТ, АсТ, гаптоглобин. ОАМ.</li> <li>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.</li> <li>4. Наследственный сфероцитоз (болезнь Минковского-Шоффара)</li> <li>5. Повышенная деструкция эритроцитов, являющаяся результатом дефицита или патологии одного, либо нескольких белков мембраны эритроцитов. Гемолиз внутриклеточный</li> </ol>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5

10.	<p>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<sup>12</sup>/л; HCT 33.2%; MCV 72fl; HGB 95 g/l; MCH 20 pg ; MCHC 287g/l; PLT 665 10<sup>9</sup>/л; MPV *** fl; WBC 9.5 10<sup>9</sup>/л; LYM 2.5 27%; MID 0.7 07%; GRA 6.3 66 %.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить гемограмму.</li> <li>2. Ошибки аналитического этапа.</li> <li>3. Причины острых постгеморрагических анемий.</li> <li>4. Дополнительные методы исследования.</li> <li>5. Лечение постгеморрагической анемии.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. WBC: Норма. RBC: Анемия, микроцитоз. PLT: Ложное увеличение количества тромбоцитов связано с микроцитарной интерференцией.</li> <li>2. Развернутый анализ крови выполняется через 24 часа после гемотрансфузии, когда гемоглобин эритроцитов донора начинает свободно отдавать кислород тканям.</li> <li>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. Если быстро не восполнить кровопотерю, коллапс, снижение диуреза и почечная недостаточность.</li> <li>4. Необходимо провести микроскопию мазка крови для выявления ошибок аналитического этапа.</li> <li>5. Лечение состоит в</li> </ol>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5
-----	--	---	-----------	-----------------------------

		<p>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 10<sup>12</sup>/л; HCT 34,1%; MCV 49fl; HGB 106 g/l; MCH 15 pg; MCHC 311g/l; PLT 593 10<sup>9</sup>/л; MPV *** fl; WBC 7,3 10<sup>9</sup>/л; LYM 1,3 19%; MID 0.8 10%; GRA 5,2 71%.</p> <p>1. Оценить гемограмму.  2. Дополнительные методы исследования.  3. Ожидаемый результат дополнительных методов исследования.  4. Причины развития железодефицитных анемий.  5. Лечение железодефицитных анемий.</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.  2. Необходимо провести микроскопию мазка крови.  3. Эритроциты: анизоцитоз, микроцитоз. Тромбоциты: норма.  4. Причиной дефицита железа является нарушение баланса его в сторону преобладания расхода железа над поступлением, наблюдаемое при различных физиологических состояниях или заболеваниях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• кровопотери различного генеза;</li> <li>• повышенная</li> </ul>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5

		<p>потребность в железе;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• нарушение усвоения железа;</li> <li>• врожденный дефицит железа.</li> <li>• нарушение транспорта железа вследствие дефицита трансферрина.</li> </ul> <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 мочеиспускание, выделилось около 500 мл мутной темной мочи, после чего болевые ощущения уменьшились.</p> <p>1. С каким состоянием связан эпизод острых болей в поясничной области и задержки мочеиспускания?</p> <p>2. Алгоритм лабораторного обследования?</p> <p>3. Какие изменения в моче</p>	<p>1. Описанные симптомы, характер болевого синдрома характерны для почечной колики.</p> <p>2. ОАК, ОАМ, посев мочи на флору, контроль общего анализа мочи в динамике.</p> <p>3. Моча темная, реакция мочи 7,5; удельный вес 1010, белок 0,1 г/л, лейкоциты 150 в поле зрения, эритроциты сплошь.</p> <p>4. Эритроцитурией.</p> <p>5. Для производства небольшого количества исследований, для 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,</p>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5

	<p>характерны для данного пациента?</p> <p>4. Чем вызвана мутность мочи у данного пациента?</p> <p>5. 5. Каким методом определяется реакция мочи? Влияющие факторы.</p>	<p>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 – отрицательный. Ребенок родился здоровым.</p> <p>1. Какая ошибка была допущена при первичном обследовании пациентки на краснуху?</p> <p>2. Показано ли было повторное обследование беременной по поводу контакта с больным краснухой?</p> <p>3. Как оценить изменения</p>	<p>1. Не был заказан IgM и индекс авидности IgG.</p> <p>2. Нет, не было необходимости обследовать беременную по поводу контакта с больным краснухой (не из группы риска).</p> <p>3. Нет, в данном случае показаний для исследования крови плода не было.</p> <p>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.</p> <p>5. Авидность - характеристика прочности связи специфических антител с соответствующими антигенами. В ходе иммунного ответа организма стимулированный клон лимфоцитов начинает вырабатывать специфические IgG-антитела. IgG-антитела обладают поначалу низкой авидностью, то есть достаточно слабо связывают антиген. Затем развитие иммунного</p>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5

	<p>концентрации IgG в данном случае?</p> <p>4. Показано ли было в данном случае исследование крови плода?</p> <p>5. Что такое авидность?</p>	<p>процесса постепенно (это могут быть недели или месяцы) идет в сторону синтеза лимфоцитами высокоавидных IgG-антител, более прочно связывающихся с соответствующими антигенами. Высокая авидность 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>1. Какие желаемые нормы уровня глюкозы крови</p> <p>2. Всегда ли при гипергликемии будет наблюдаться глюкозурия</p> <p>3. Какой почечный порог для глюкозы</p> <p>4. Какой риск развития атеросклероза</p> <p>5. Какие лабораторные тесты целесообразны для уточнения диагноза</p>	<p>1. Норма глюкозы крови 3,9-6,4 ммоль/л, желаемые уровни – 5,5 ммоль/л</p> <p>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.</p> <p>3. По разным авторам 9,9-11,0 ммоль/л</p> <p>4. Высокий</p> <p>5. Глиукозо-толерантный тест, гликозилированный гемоглобин, инсулин, кетоновые тела, показатели липидного обмена (холестерин, фракции – ЛПНП, ЛПВП, триглицериды)</p>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5
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</p>	<p>1. Соответствует ГЛП 2 в типа,</p> <p>2. Выраженный риск развития атеросклероза</p> <p>3. Высокий уровень триглицеридов являются источником образования избытка рЛП ОНП,, способствующих</p>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5



	<p>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>1. Какому типу гиперлипопротеинемии 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 гиперлипопротеинемии</p> <p>5. Показана ли в этом случае фармакологическая гиполипидемическая терапия</p>	<p>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>		
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; вес 93,6 кг.</p> <p>1. Рассчитайте минутный диурез.</p> <p>2. Рассчитайте клиренс по эндогенному креатинину.</p> <p>3. Рассчитайте поверхность тела по формуле Дюбуа.</p> <p>4. Внесите корректировку значения клиренса по эндогенному креатинину с учетом стандартной поверхности тела.</p> <p>5. Оцените полученное значение</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>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2, ПК - 5
17.	<p>Пациент находится на обследовании в стационаре.</p>	<p>1. Альбумины 52-65%, альфа1-глобулины- 2,2-</p>	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 2,

<p>Из клинико-диагностической лаборатории получены результаты исследования белковых фракций:          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>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>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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.</p>		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.	К ВНУТРЕННИМ КАРДИНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ВОСПАЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ: 1) повышение температуры; 2) припухлость; 3) расстройство микроциркуляции; 4) лейкоцитоз. 5) боль	3	ВК ТК ГИА	ПК - 5
2.	ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЯ: 1) изменение иммунологической реактивности; 2) нарушение функций органа; 3) гипертермия; 4) альтерация. 5) отек	1	ВК ТК ГИА	ПК - 5
3.	К КЛЕТОЧНЫМ МОДУЛЯТОРАМ ВОСПАЛЕНИЯ В СТАДИЮ АЛЬТЕРАЦИИ ОТНОСЯТ: 1) кинины; 2) комплемент; 3) тромбопластин; 4) эйкозаноиды; 5) лейкотриены.	4	ВК ТК ГИА	ПК - 5
4.	РОЛЬ ЭЛАМ В РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ: 1) активация эндотелиоцитов, как клеточного эффектора воспаления; 2) активация макрофагального звена; 3) угнетение пролиферативных процессов; 4) активация системы комплемента; 5) угнетение системы комплемента.	1	ВК ТК ГИА	УК - 1
5.	ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ КЛЕТКИ ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ГРАНУЛЕМУ: 1) мононуклеары крови; 2) клетки Боткина-Гумпрехта; 3) нейтрофилы; 4) лейкоциты; 5) эознофилы.	1	ВК ТК ГИА	ПК - 5
6.	КОММЕНСАЛИЗМ - ЭТО... 1) один из видов инфекционного процесса; 2) свойство возбудителя; 3) способность микроорганизма выделять эндотоксин; 4) форма симбиоза макро- и микроорганизма; 5) характеристика местного иммунитета.	4	ВК ТК ГИА	УК - 1
7.	МАКРОФАГАМИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) тучные клетки; 2) базофилы;	4	ВК ТК ГИА	ПК - 1

	3) нейтрофилы; 4) моноциты; 5) лимфоциты.			
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 - 5
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 - 5
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 - 5
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 - 5
12.	ТАХИПНОЭ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВЯЗАНО С: 1) увеличением содержания оксигемоглобина в крови; 2) тахикардией, полиурией; 3) снижением карбоксигемоглобина в крови; 4) тиреотоксикозом; 5) накоплением карбоксигемоглобина, возникновением ацидоза.	5	ВК ТК ГИА	УК - 1, ПК - 5
13.	ПРИЧИНАМИ НЕКАРДИОГЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ, ВЕДУЩИХ К СН, ЯВЛЯЮТСЯ: 1) врожденные пороки сердца; 2) приобретенные пороки клапанов; 3) гипертоническая болезнь, тиреотоксикоз; 4) миокардит, ишемия; 5) застойные явления в малом круге кровообращения.	5	ВК ТК ГИА	ПК - 1, ПК - 5
14.	ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СВЯЗАНО С: 1) выходом миоглобина из очага некроза; 2) ацидозом в очаге некроза и образованием	2	ВК ТК ГИА	ПК - 5

	брадикинина; 3) выходом из миоцитов креатинфосфокиназы; 4) аритмией; 5) гиперкалиемией.			
15.	ОСОБЕННОСТЯМИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЮТСЯ: 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	ВК ТК ГИА	УК - 1 ПК - 1
16.	ОСОБЕННОСТЯМИ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА ЯВЛЯЮТСЯ: 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	ВК ТК ГИА	ПК - 1
17.	АДГЕЗИЯ ТРОМБОЦИТОВ К СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ УСИЛИВАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ: 1) высвобождение АДФ из тромбоцитов; 2) высвобождения фибриногена из тромбоцитов; 3) образования активного тромбина и высвобождения тромбосана А2 из тромбоцитов; 4) повреждения эндотелия и обнажения коллагена субэндотелиального слоя; 5) высвобождения простаглицина и эндотелиальных клеток и высвобождение АДФ из тромбоцитов.	4	ВК ТК ГИА	ПК - 1
18.	ДЛЯ ДВС-СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ: 1) тромбоцитопения, гемоглобинемия; 2) низкий уровень продуктов фибринолиза; 3) гипофибриногенемия; 4) низкое содержание факторов II, V, VIII; 5) снижение уровня пламиногена.	4	ВК ТК ГИА	ПК - 5
19.	ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА УМЕНЬШАЕТСЯ КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК: 1) да 2) нет 3) да, при декомпенсации заболевания 4) да, при развитии заболевания в молодом возрасте 5) да, при развитии стресса	2	ВК ТК ГИА	ПК - 5
20.	ПРИЧИНОЙ ГОЛОДНЫХ ОТЕКОВ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гипопротейнемия; 2) повышение проницаемости капилляров; 3) повышение гидростатического давления плазмы;	1	ВК ТК ГИА	ПК - 5

	4) повышение онкотического давления в капиллярах; 5) протеинурия			
21.	ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОТЕКОВ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гипопроteinемия; 2) повышение проницаемости капилляров; 3) снижение проницаемости капилляров; 4) повышение онкотического давления в капиллярах; 5) протеинурия	2	ВК ТК ГИА	ПК - 5
22.	ПРИЧИНОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гипопроteinемия; 2) повышение проницаемости капилляров; 3) снижение проницаемости капилляров; 4) повышение онкотического давления в капиллярах; 5) протеинурия	2	ВК ТК ГИА	ПК - 5
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 - 5
24.	АКТИВАЦИЯ ВОЛЮМОРЕЦЕПТОРОВ 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 - 5
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 - 5
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 - 5
27.	ПРИ КАКОМ ЗНАЧЕНИИ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО КОЭФФИЦИЕНТА АТЕРОГЕННОСТИ ИМЕЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА? 1) > 3,0; 2) < 3,0; 3) < 5,0;	1	ВК ТК ГИА	ПК - 5

	4) > 2,5; 5) > 1,0.			
28.	ОЖИРЕНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ПРИРОДЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО: 1) гипертиреозом; 2) адипозо-генетальной дистрофией; 3) гиперпролактинемией; 4) СД I типа; 5) Гипокортизолизмом	2	ВК ТК ГИА	ПК - 5
29.	ЛИПОЛИЗ В ОРГАНИЗМЕ ТОРМОЗИТ: 1) инсулин; 2) адреналин; 3) соматотропный гормон; 4) глюкагон; 5) тироксин	1	ВК ТК ГИА	ПК - 1
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 - 5
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 - 5
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
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
34.	АНТИАТЕРОГЕННЫЕ ЛИПОПРОТЕИДЫ ЭТО: 1) ЛПВП 2) ЛПНП 3) ЛПОНП 4) ЛППП 5) Хиломикроны	1	ВК ТК ГИА	ПК - 1
35.	СТЕАТОРЕЯ – ЭТО: 1) резкое увеличение жира в кале 2) появление крови в кале 3) увеличение желчных пигментов в кале	1	ВК ТК ГИА	ПК - 1

	4) появление крови в моче 5) повышение билирубина в крови			
36.	ЖЕНЩИНЫ ДОКЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА БОЛЕЮТ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ РЕЖЕ, ЧЕМ МУЖЧИНЫ ПОТОМУ, ЧТО: 1) у них в крови больше ЛПВП 2) меньше ЛПОНП 3) больше ЛПНП 4) больше хиломикронов 5) меньше ЛПВП	1	ВК ТК ГИА	УК - 2 ПК - 6
37.	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 - 5
38.	ОЖИРЕНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ПРИРОДЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННО: 1) гипертиреозом; 2) адипозо-генетальной дистрофией; 3) гиперпролактинемией; 4) СД I типа; 5) Гипокортизолизмом	2	ВК ТК ГИА	ПК - 5
39.	ЛИПОЛИЗ В ОРГАНИЗМЕ ТОРМОЗИТ: 1) инсулин; 2) адреналин; 3) соматотропный гормон; 4) глюкагон; 5) тироксин	1	ВК ТК ГИА	ПК - 1
40.	ПРОВОДНИКАМИ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) толстые волокна; 2) тонкие миелиновые А-дельта волокна; 3) безмиелиновые С-волокна; 4) соматические нервные окончания. 5) задние рога спинного мозга	1	ВК ТК ГИА	ПК - 6
41.	БОЛЬ ПЛОХО ЛОКАЛИЗОВАННУЮ, ТЯГОСТНУЮ, ТУПУЮ ОТНОСЯТ К: 1) первичной; 2) вторичной; 3) третичной; 4) центральной. 5) проекционной	2	ВК ТК ГИА	ПК - 5
42.	АФФЕРЕНТНАЯ ИМПУЛЬСАЦИЯ В А-ДЕЛЬТА ВОЛОКНАХ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БОЛИ: 1) первичной; 2) вторичной; 3) третичной; 4) только нейрогенной. 5) центральной	1	ВК ТК ГИА	ПК - 5
43.	А-ДЕЛЬТА И С-ВОЛОКНА ПРОВОДЯТ: 1) только болевые сигналы;	3	ВК ТК	ПК - 5



	2) только неболевые сигналы; 3) и 1, и 2; 4) участвуют только в вегетативной инервации. 5) и 1, и 2; и 4		ГИА	
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
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
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
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	УК - 3 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 - 5
49.	УКАЖИТЕ ОДНО ИЗ ЗВЕНЬЕВ ПАТОГЕНЕЗА ШОКА. 1) снижение объема циркулирующей крови; 2) развитие язв в ЖКТ; 3) низкий уровень Na в крови; 4) гипогликемия. 5) гипотония	1	ВК ТК ГИА	УК - 1 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 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 - 2, ПК - 5, ПК - 6
3.	Выявлять взаимосвязи патогенеза заболевания и его клинических проявлений.	ТК ГИА	УК - 1 ПК - 1, ПК - 5
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 - 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 - 2, ПК - 5, ПК - 6
6.	На основании знания этиологии и патогенеза заболеваний выбрать оптимальные методы патогенетической терапии и обосновать их.	ТК ГИА	УК - 1, УК - 2, ПК - 1, ПК - 5

## 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 – 38,3<sup>0</sup>С. 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>1. Какому патологическому процессу присущи выявленные изменения?</p> <p>2. Какие симптомы общих реакций организма на воспаление Вы выявили при анализе истории болезни?</p> <p>3. Что понимается под термином «ответ острой фазы»?</p> <p>4. Критерии диагноза «сепсис».</p> <p>5. Исходы воспаления.</p>	<p>1. Острое воспаление.</p> <p>2. Симптомы общей интоксикации, гематологический синдром, лихорадку, обмен веществ больного характеризуется термином «катаболизм».</p> <p>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.</p> <p>4. Признаки SIRS и наличие очага инфекции в организме.</p> <p>5. Выздоровление (полное, неполное), переход в хроническое воспаление, смерть организма.</p>	ТК ГИА	УК - 1, УК - 2, ПК - 5

2.	<p>Больная 27 лет, кормящая мать. Через 3 недели после родов появились боли в области левой молочной железе. 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 – <math>12,4 \times 10^9</math> /л; СОЭ – 35 мм/ч.</p> <p>1. Укажите местные признаки воспаления.</p> <p>2. Объясните патогенез, приведенных в задаче, явлений: а) артериальной гиперемии; б) венозной гиперемии.</p> <p>3. Объясните патогенез пролиферации в очаге воспаления.</p> <p>4. Какие причины могли вызвать данное состояние?</p> <p>5. Возможный исход данного состояния у больной?</p>	<p>1. Краснота, припухлость, повышение температуры, боль, нарушение функции.</p> <p>2. а) Артериальная гиперемия – увеличение количества крови протекающее через микроциркуляторное русло вследствие дилатации приводящих артерий и артериол под воздействием нейrogenных и гуморальных механизмов.</p> <p>б) Венозная гиперемия – увеличение кровенаполнения органа</p> <p>3. вследствие нарушения оттока крови в венозную систему.</p> <p>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.</p> <p>5. Снижение реактивности макроорганизма вследствие беременности, кровопотеря при родах, возможное инфицирование при кормлении грудью.</p> <p>6. Абсцедирование дольки (или доли) молочной железы.</p>	ТК ГИА	УК - 2, ПК - 5, ПК - 6
----	--	--	-----------	------------------------------

3.	<p>Больной 46 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на лихорадку до 39<sup>0</sup>С, 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>1. Для какого воспаления, острого или хронического, более типична указанная ситуация?</p> <p>2. Каким синдромом сопровождается развитие данного заболевания?</p> <p>3. Критерии диагностики данного синдром.</p> <p>4. В случае прогрессирования, чем данное заболевание может сопровождаться?</p> <p>5. Целесообразно ли проведение бактериологического посева отделяемого из раны и если да, то для чего это необходимо?</p>	<p>1. Данная ситуация характерна для острого воспалительного процесса.</p> <p>2. Синдром системного воспалительного ответа.</p> <p>3. Температура тела выше 38<sup>0</sup>С или ниже 36<sup>0</sup>С; ЧСС свыше 90 в 1 мин; ЧДД свыше 20 в 1 мин (при ИВЛ РаСО<sub>2</sub> меньше 32 мм.рт.ст.); L более 12x10<sup>9</sup> или ниже 4x10<sup>9</sup>, или количество незрелых форм более 10%.</p> <p>4. Данное заболевание в случае прогрессирования будет сопровождаться сепсисом.</p> <p>5. Да, с целью подбора рациональной антибактериальной терапии.</p>	ТК ГИА	УК - 1, УК - 2, ПК - 1, ПК - 5
4.	<p>Больной 36 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог ША-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела 38,8<sup>0</sup>С, 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*10<sup>9</sup>/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и</p>	<p>1. Течение ожоговой болезни осложнилось развитием сепсиса.</p> <p>2. Любые два признака и наличие очага инфекции.</p> <p>3. Отсутствие своевременного лечения, повлекшее генерализацию инфекции и неспособность организма больного 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</p>	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5

	<p>тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.</p> <p>1. На основании перечисленных признаков о присоединении какого патологического процесса можно говорить?</p> <p>2. Критерии диагностики данного патологического процесса?</p> <p>3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и утяжеление состояния пациента?</p> <p>4. Какие изменения произошли со стороны системы иммунитета и к чему это может привести?</p> <p>5. Что лежит в основе изменений со стороны системы иммунитета данном случае?</p>	<p>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 – 38,7<sup>0</sup>С, 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> <p>1. О каком заболевании можно думать у данного больного?</p> <p>2. Что можно ожидать увидеть в общем анализе крови?</p> <p>3. Можно ли утверждать, что в данном случае имеет место развитие ССВО? Назовите его стадии.</p> <p>4. Какая стадия ССВО у данного пациента на момент обследования?</p> <p>5. Виды некробиоза?</p>	<p>1. Полисегментарная пневмония</p> <p>2. Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ТЗН, анемия.</p> <p>3. Да. Стадии ССВО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Стадия локальной продукции цитокинов</li> <li>• Стадия выброса малого количества цитокинов в системный кровоток</li> <li>• Стадия генерализации воспалительной реакции.</li> </ul> <p>4. Стадия генерализации воспалительной реакции</p> <p>5. Свободнорадикальный и гипоксический некробиоз.</p>	ТК ГИА	УК - 3, ПК - 1, ПК - 5

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>1. Какой диагноз при поступлении в стационар можно поставить данному больному? Проявлением чего он является?</p> <p>2. Какого рода миокардиальная дисфункция в данном случае отмечается?</p> <p>3. Назовите проявления синдрома острой сердечной недостаточности</p> <p>4. Назовите первоочередную меру при лечении больного с острым инфарктом миокарда</p> <p>5. Возможно ли использование наркотических анальгетиков у данной категории пациентов</p>	<p>1. Диагноз: острый инфаркт миокарда, являющийся проявлением острой сердечной недостаточности.</p> <p>2. Систолическая дисфункция миокарда.</p> <p>3. Снижение сердечного выброса, тканевая гипоперфузия, повышение ДЗЛК при левожелудочковой недостаточности, застойные явления в тканях.</p> <p>4. Адекватная анальгезия.</p> <p>5. Да, возможно</p>	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5
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>1. Какой диагноз можно заподозрить у данного 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>1. Диагноз: острый инфаркт миокарда.</p> <p>2. Проробдение язвы желудка.</p> <p>3. Тропониновый тест.</p> <p>4. Острая окклюзия коронарной артерии тромбом или атеросклеротической бляшкой.</p> <p>5. Коронароангиография и стентирование коронарных артерий.</p>	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5

	5. Какой наиболее эффективный метод лечения острого инфаркта миокарда на современном этапе развития медицины?			
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 экстрасистолы, 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>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 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>	<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, ПК - 1, ПК - 5
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>1. Тромбоэмболия легочной артерии.</p> <p>2. Острой правожелудочковой недостаточности.</p> <p>3. Высокие цифры давления в легочной артерии.</p> <p>4. Тромболитическая терапия.</p> <p>5. Снижение цифр давления в легочной артерии.</p>	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5



	<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 заболевания?</p> <p>5. Что, на Ваш взгляд, является критерием эффективности проведенной тромболитической терапии?</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>1. С проявлениями какого рода сердечной недостаточности пациент поступил в стационар?</p> <p>2. Как можно охарактеризовать изменения, которые претерпел миокард в данном случае?</p> <p>3. При проведении ЭхоКГ, что будет характеризовать нарушение насосной функции левого желудочка миокарда?</p> <p>4. Кратко укажите почечный путь компенсации сердечной недостаточности</p> <p>5. Как Вы считаете, нужно ли медикаментозно снижать ЧСС у данного пациента и почему?</p>	<p>1. С проявлениями хронической сердечной недостаточности.</p> <p>2. Ремоделирование миокарда.</p> <p>3. Низкие цифры фракции выброса.</p> <p>4. Задержка ионов Na<sup>+</sup> и воды с целью увеличения ОЦК и подъема АД.</p> <p>5. Нет, именно за счет тахикардии поддерживается приемлемый уровень МОК на фоне низкой ФВ сердца.</p>	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5
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.</p>	<p>1. Изоосмолярная гипогидратация.</p> <p>2. Потеря воды происходит из внеклеточного компартмента.</p> <p>3. Обильная повторная рвота, профузный понос, обширные ожоги, полиурия на фоне</p>	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5

	<p>Степень угнетения сознания – оглушение – сопор. Дыхание частое поверхностное, АД - 85/60 мм рт. ст., пульс-118 в 1 мин.</p> <p>1. Какой вид нарушения 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>мочегонных ЛС.</p> <p>4. Метаболический ацидоз. Снижение ОЦК – увеличение вязкости крови – системные расстройства кровообращения – 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>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>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 размозжении);</p> <p>гипоинсулинизма (в основном в связи с повышенным гликогенолизом и протеолизом, сопровождающимися высвобождением большого количества калия);</p> <p>внутриклеточного ацидоза (избыток H<sup>+</sup> в клетках, что</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>УК - 1, ПК - 1, ПК - 5</p>

		<p>стимулирует выход <math>K^+</math> из них и одновременно — транспорт <math>Cl^-</math> 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"> <li>- Аритмии сердца и его остановка в диастоле.</li> <li>- Сонливость, апатия, снижение работоспособности, астения.</li> <li>- Внутриклеточный ацидоз. В основе его развития лежат снижение <math>K^+</math> в клетках и накопление в них избытка <math>H^+</math>.</li> <li>- 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.</li> </ul>		
13.	<p>В инфекционное отделение поступил больной с жалобами на частый жидкий стул. Заболел 3 дня назад, повысилась температура до <math>39^{\circ}C</math>, 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>1. С чем связаны нарушения гемодинамики?</p> <p>2. Потеря каких электролитов отмечается в первую очередь?</p> <p>3. Каковы проявления потери ионов натрия?</p> <p>4. Чем будет характеризоваться нарушение КЩР?</p>	<p>Эталоны ответов:</p> <p>1. Снижение ОЦК, увеличение вязкости крови из-за гемоконцентрации, появление системных расстройств кровообращения.</p> <p>2. Калий, натрий, кальций, хлор.</p> <p>3. - Гипоосмоляльность крови и других жидкостей организма.</p> <p>- Гипергидратация клеток и их набухание (в результате оттока жидкости из интерстиция в клетки по возрастающему градиенту осмотического давления).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Снижение тургора, эластичности кожи и слизистых оболочек, их сухость.</li> <li>- Снижение возбудимости нервной и мышечной ткани (в результате повышения порога возбудимости клеток в условиях низкого внеклеточного уровня <math>Na^+</math>).</li> <li>- Мышечная гипотония</li> </ul>	ТК ГИА	УК - 3, ПК - 1, ПК - 5

	<p>5. Патогенез развития нарушений КЩР у пациента.</p>	<p>(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 <math>K^+</math> в клетках и накопление в них избытка <math>H^+</math>.</p>		
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>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>	<p>Эталоны ответов:  1. Солнечный удар.  2. Гипоосмолярная гипогидратация.  3. гипоальдостеронизм (например, при болезни Аддисона или отмене лечения минералокортикоидами).  Сопровождается снижением реабсорбции ионов <math>Na^+</math> 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 <math>Na^+</math> и <math>K^+</math>, 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</p>	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5

		вязкости крови – нарушение микроциркуляции – нарушение перфузии органов и тканей с развитием гипоксии. 5.Метаболический ацидоз.		
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>1. О какой патологии можно думать в данном случае?</p> <p>2. Назовите компоненты данного синдрома.</p> <p>3. Патогенез данной патологии.</p> <p>4. Возможно ли воздействовать на течение данного заболевания путем лечебно-профилактических мероприятий?</p>	<p>1. Метаболический синдром.</p> <p>2. Компоненты МС: абдоминальная форма ожирения; дислипидемия; повышение артериального давления; инсулинорезистентность и/или нарушение толерантности к глюкозе; высокая активность сосудистого воспаления; предрасположенность к тромбозам.</p> <p>3. В жировой ткани из-за пониженной антилипидической активности инсулина развивается избыточный липолиз, в результате которого происходит значительный выброс в кровоток свободных жирных кислот. Это приводит к повышению уровня глюкозы, триглицеридов и ЛПНП, продуцируемых печенью. СЖК также снижают чувствительность к инсулину мышц путем ингибирования инсулин-опосредованного транспорта глюкозы. При избытке СЖК захват глюкозы в мышцах снижается, что способствует развитию компенсаторной гиперинсулинемии и гиперлептинемии, которые стимулируют симпатическую нервную систему. Повышение уровня глюкозы, СЖК приводит к повышению секреции инсулина клетками поджелудочной железы. Гиперинсулинемия вызывает повышение реабсорбции натрия, активацию симпатoadреналовой системы, что вызывает развитие артериальной гипертензии.</p>	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5

		<p>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>1. О каком заболевании можно думать у данного человека?</p> <p>2. Какие показатели липидного спектра будут также свидетельствовать в пользу Вашего предположения?</p> <p>3. Дайте определение понятия «ожирение». Виды ожирения по характеру изменения жировой ткани.</p> <p>4. К чему приводит избыточное поглощение свободных жирных кислот гепатоцитами?</p>	<p>1. Метаболический синдром.</p> <p>2. Низкие значения уровня холестерина липопротеидов высокой плотности.</p> <p>3. Ожирение – избыточное накопление липидов в организме в виде триглицеридов. Гипертрофическое и гиперпластическое.</p> <p>4. Повышается синтез триацилглицеридов и липопротеидов очень низкой плотности</p>	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5

17.	<p>При дообследовании больной 57 лет по поводу впервые выявленного сахарного диабета 2-го типа выставлен диагноз – метаболический синдром.</p> <p>1. Какие разновидности локального ожирения Вы знаете и какое из них характерно для метаболического синдрома?</p> <p>2. Механизм нарушений липидного обмена при метаболическом синдроме.</p> <p>3. Назовите сигнальные молекулы паракринного и эндокринного действия, участвующих в патогенезе МС. Основные эффекты лептина.</p> <p>4. Риск развития каких заболеваний значительно возрастает у пациентов с диагнозом метаболический синдром?</p>	<p>Эталоны ответов:</p> <p>1. 2 вида: андроидное и гиноидное. Для метаболического синдрома характерно развитие андроидного типа ожирения. Андроидное и гиноидное ожирение. Андроидный (яблочный) тип ожирения характеризуется отложением жира на животе и верхней части туловища. При гиноидном (грушевидном) типе жир откладывается на бедрах, ягодицах. Первый тип характерен для мужчин, второй – для женщин, что зависит от распределения <math>\alpha 2</math>-адренорецепторов в разных отделах жировой ткани.</p> <p>2. Увеличение доли висцеральных липоцитов 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-<math>\alpha</math>, ИЛ-1, 6, 8, ингибитор активатора плазминогена I типа, белок-стимулятор ацилирования, ангиотензин II, резистин, адипсин, белок, родственные протеину агути, трансформирующий фактор роста-<math>\beta</math>, адипофиллин,</p>	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5
-----	--	--	-----------	------------------------------

		Адипонектин. Лептин уменьшает аппетит и повышает расход энергии организмом. Лептин подавляет образование и выделение гипоталамусом нейропептида Y. 4. Кардиоваскулярных заболеваний.		
18.	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/м <sup>2</sup> . 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?	1. Метаболический синдром. 2. Исследование липидного спектра сыворотки крови, эугликемический клэмп-тест, соматометрия. 3. Индекс талия/бедро. 4. Кардиолог и эндокринолог.	ТК ГИА	УК - 1, ПК - 1, ПК - 5
19.	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. 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 предполагаемом Вами заболевании? 4. Механизмы формирования	1. Метаболический синдром. 2. Критерии метаболического синдрома: абдоминальное ожирение; высокий уровень триацилглицеридов сыворотки крови; низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности; артериальная гипертония; гипергликемия. 3. Ожирение 4. Дефицит РИ (рецепторов инсулина); снижение аффинности к рецептору инсулина, дефицит цитоплазматических белков-субстратов рецепторов инсулина, нарушения протеинкиназного каскада, нарушение синтеза и транслокации ГЛЮТ-4.	ТК ГИА	УК - 2, ПК - 1, ПК - 5



	феномена инсулинорезистентности			
20.	<p>После проведения операции по поводу врожденного порока сердца ребенок 3-х лет переведен в ОРИТ.</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>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, ПК - 1, ПК - 5</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
2.	<p>ОБРАЗ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПО ИССЛЕДОВАНИЯМ Ю. П. ЛИСИЦИНА</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
3.	<p>КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ОКАЗЫВАЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ (ПО Ю. П. ЛИСИЦИНУ)</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 - 12
4.	<p>ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) приоритет профилактических мер в области здравоохранения</p> <p>2) самообеспечение граждан в случае утраты здоровья</p> <p>3) платность и софинансирование медицинской помощи для инвалидов</p> <p>4) расширение показаний для лечения в круглосуточных стационарах</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК - 11
5.	<p>КАКИЕ ВЫСШИЕ ОРГАНЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ И</p>	3	ВК ТК	ПК - 10

	<p>УПРАВЛЕНИЯ РФ ЯВЛЯЮТСЯ ПОЛНОМОЧНЫМИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН</p> <p>1) всемирная организация здравоохранения 2) органы управления здравоохранения в крае (области) 3) Министерство здравоохранения и социального развития РФ 4) Президент РФ</p>		ГИА	
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); 2) Министерство здравоохранения и социального развития РФ 3) Президент РФ; 4) нет правильного ответа</p>	2	ВК ТК ГИА	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; 2) лицензии на медицинские услуги и работы; 3) сертификата и лицензии; 4) разрешения органа местного самоуправления</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК - 10
8.	<p>ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ЛИЦЕНЗИЙ УЧРЕЖДЕНИЯМ ВСЕХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ:</p> <p>1) Президентом РФ; 2) Правительством РФ; 3) Федеральным Собранием РФ; 4) Министерством здравоохранения и социального развития РФ</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК - 11
9.	<p>КАКОЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ОПРЕДЕЛЕНИЙ ПОНЯТИЯ "ЗДОРОВЬЕ" ОТНОСИТСЯ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ДАННОМУ ВОЗ (1958)?</p> <p>1) Здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов 2) Здоровье человека - это гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями. 3) Здоровье - это процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК - 10

	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.			
10.	КАКОЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ОПРЕДЕЛЕНИЙ ПОНЯТИЯ "ЗДОРОВЬЕ" ОТНОСИТСЯ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ДАННОМУ Ю. П. ЛИСИЦЫНЫМ (1989)? 1) Здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. 2) Здоровье человека - это гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями. 3) Здоровье - это процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни. 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.	2	ВК ТК ГИА	ПК - 10
11.	К АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ НЕ ОТНОСЯТСЯ: 1) территориальные поликлиники 2) профилактории 3) медико-санитарные части 4) диспансеры 5) дет. поликлиники	2	ВК ТК ГИА	ПК - 10
12.	НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ВМЕСТЕ С ВРАЧОМ РАБОТАЕТ: 1) фельдшер 2) узкий специалист 3) мед. сестра 4) две медицинские сестр	3	ВК ТК ГИА	УК - 2
13.	В ШТАТ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОЛИКЛИНИКИ НЕ ВХОДЯТ: 1) хирург 2) невролог 3) кардиоревматолог 4) окулист 5) психиатр	5	ВК ТК ГИА	УК - 2
14.	КАКИЕ ЗАДАЧИ В РАМКАХ ПЕРВОГО ЭТАПА РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»?	1	ВК ТК ГИА	УК - 2 ПК - 10

	<p>1) повышение мотивации медицинского персонала</p> <p>2) стандартизованное переоснащение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по реабилитации</p> <p>3) модернизация и улучшение материально-технической базы санаториев с учетом особенностей ландшафтно-климатических условий, профиля курорта.</p> <p>4) создание отделений (кабинетов) реабилитации в МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в каждом субъекте РФ</p>			
15.	<p>НАЗОВИТЕ ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ:</p> <p>1) Развитие специализированной медицинской помощи</p> <p>2) Этапность медицинской помощи</p> <p>3) Рост эффективности первичной медико-санитарной помощи</p> <p>4) Увеличение количества санитарного транспорта</p>	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 ПЕРЕНЕСШИЕ РАНЕЕ (2 ГОДА) ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ СЧИТАТЬСЯ:</p> <p>1) Абсолютно здоровыми</p> <p>2) Практически здоровыми</p> <p>3) Больными</p> <p>4) Хроническими больными</p> <p>5) Не должны подвергаться диспансерному осмотру</p>	1	ВК ТК ГИА	УК - 2 ПК - 10
17.	<p>КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ ОХВАТУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЕЙ:</p> <p>1) Здоровые, объединенные условиями жизни</p> <p>2) Здоровые люди в возрастной категории старше 60-ти лет</p> <p>3) Здоровые, объединенные общими возрастными-физиологическими особенностями (дети, беременные женщины)</p> <p>4) Здоровые люди в возрастной категории старше 50-ти лет</p> <p>5) Работающие</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК - 10
18.	<p>ОСНОВНЫМИ УЧЕТНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) Амбулаторная карта ( ф.025/у )</p> <p>2) Стат. талон ( ф.025-2/у )</p> <p>3) Экстренное извещение ( ф. 058/у )</p> <p>4) Выписка из карты стационарного (амбулаторного ) больного ( ф.027/у )</p> <p>5) Все перечисленное</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК - 11

19.	<p>УЧАСТКОВОСТЬ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ФОРМУЛОЙ:</p> <p>1) (сделано посещ. жителями района обслуж. х 100)/ сделано посещений жителями своего участка</p> <p>2) (сделано посещ. жителями своего участка х 100)/ сделано посещ. жителями района обслуживания</p> <p>3) (сделано посещ. к участковому терапевту х 100)/ сделано посещений к узким специалистам</p> <p>4) (сделано посещ. к узким специалистам X 100)/ сделано посещений к участковому терапевту</p> <p>5) (сделано посещ. к узким специалистам X 1000)/ сделано посещений к участковому терапевту</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК - 10
20.	<p>ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА, К ЧИСЛУ ВРАЧЕЙ, ВЕДУЩИХ НАБЛЮДЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <p>1) Качество диспансеризации</p> <p>2) Охват диспансерным наблюдением по отдельным заболеваниям</p> <p>3) Своевременность взятия на диспансерное наблюдение</p> <p>4) Среднее число диспансерных наблюдений у одного врача</p> <p>5) Среднее число диспансерных наблюдений на одном участке</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК - 10
21.	<p>ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ - ЭТО:</p> <p>1) Предупреждение возникновения острых и хронических заболеваний</p> <p>2) Метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья всех групп населения, включающий комплекс социальных, профилактических и лечебных мероприятий</p> <p>3) Комплекс мероприятий по снижению общей заболеваемости населения</p> <p>4) Комплекс мероприятий по пропаганде ЗОЖ</p> <p>5) Современная форма работы участкового врача</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК - 10
22.	<p>КАКОВЫ ГЛАВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ?</p> <p>1) Владение знаниями и практическими навыками по терапии и смежным специальностям</p> <p>2) Владение знаниями и практическими навыками по акушерству, гинекологии и педиатрии</p> <p>3) Владение знаниями и практическими навыками по хирургии</p> <p>4) Владение знаниями и практическими</p>	1	ВК ТК ГИА	УК - 2 УК - 3

	<p>навыками по педиатрии</p> <p>5) Владение знаниями практическими навыками по кардиологии</p>			
23.	<p>ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ ДОСТУПНОСТЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ?</p> <p>1) Продолжительный амбулаторный прием</p> <p>2) Универсальность знаний и практических навыков и высокая техническая оснащенность</p> <p>3) Развитая система мед. страхования</p> <p>4) Вызов врача на дом к больному в любое время суток</p> <p>5) Все вышеперечисленное</p>	5	ВК ТК ГИА	УК - 1
24.	<p>К АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>1) территориальные поликлиники</p> <p>2) профилактории</p> <p>3) медико-санитарные части</p> <p>4) диспансеры</p> <p>5) дет. поликлиники</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК - 10
25.	<p>КАК РАССЧИТАТЬ ЧИСЛО ПОСЕЩЕНИЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ОДНОГО ЖИТЕЛЯ В ГОД</p> <p>1) (число посещений врачей всего)/ общая численность населения</p> <p>2) (общая численность населения)/ число посещений врачей всего</p> <p>3) (число посещений врачей всего)/ число врачей в поликлинике</p> <p>4) (общая численность населения)/ число посещений к медицинской сестре на</p> <p>5) (общая численность населения)/ число посещений к фельдшеру на прием.</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК - 10
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 установл. диагнозом X 10000)/ численность</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК - 10

	обслуживаемого населения			
27.	НОРМАТИВ ОБСЛУЖИВАЕМОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ОДНОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1) 1000 человек 2) 2000 человек 3) 1700 человек 4) 2500 человек 5) 1200 человек	3	ВК ТК ГИА	ПК - 10
28.	В ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА НЕ ВХОДИТ: 1) оказание мед. помощи на дому 2) оказание специализированной медицинской помощи 3) своевременная госпитализация пациентов, нуждающихся в стационарном лечении 4) проведение экспертизы временной нетрудоспособности 5) направление больных на санаторно-курортное лечение	2	ВК ТК ГИА	УК - 2 ПК - 10
29.	В СООТВЕТСТВИИ С НОМЕНКЛАТУРОЙ К СТАЦИОНАРНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ 1) республиканская больница для взрослых 2) краевая, областная больницы для взрослых 3) краевая, областная больницы для детей 4) центральная районная больницы 5) центральная городская аптека	5	ВК ТК ГИА	ПК - 10
30.	ОСНОВНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) смещение акцентов к увеличению объема амбулаторно-поликлинической помощи 2) развитие стационаро-замещающих технологий 3) этапность в оказании медицинской помощи 4) дифференциация больничных учреждений по интенсивности лечебно-диагностического процесса 5) все вышеперечисленное	5	ВК ТК ГИА	УК - 1 ПК - 10
31.	НЕ ОТНОСИТСЯ К СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯМ СТАЦИОНАРА 1) кардиологическое 2) ожоговое 3) нейрохирургическое 4) фтизиатрическое 5) абортарий	5	ВК ТК ГИА	ПК - 10
32.	ПОД ПОТРЕБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОНИМАЕТСЯ 1) число коек на определенную численность населения 2) процент населения, нуждающегося в госпитализации	2	ВК ТК ГИА	ПК - 10



	<p>3) число госпитализированных за год больных</p> <p>4) число врачебных должностей стационара на определенную численность населения</p> <p>5) число должностей стационара среднего мед персонала на определенную численность населения</p>			
33.	<p>ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ</p> <p>1) создание межрайонных (межмуниципальных) специализированных центров и больниц</p> <p>2) специализацию коечного фонда</p> <p>3) дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса</p> <p>4) этапность в оказании медицинской помощи</p> <p>5) все вышеперечисленное</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК - 10
34.	<p>ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</p> <p>1) круглосуточную госпитализацию больных по профилям заболеваний</p> <p>2) оказание первой медицинской помощи нуждающимся</p> <p>3) анализ расхождений диагнозов «скорой» и приемного отделения</p> <p>4) анализ причин отказа в госпитализации</p> <p>5) выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК - 12
35.	<p>БОЛЬНИЦЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЗДАЮТСЯ</p> <p>1) в городах с населением 1 млн. человек и более</p> <p>2) в городах с населением 500 тыс. человек</p> <p>3) в городах с населением 200 тыс. человек</p> <p>4) в городах с населением 800 тыс. человек</p> <p>5) в сельских населенных пунктах</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК - 10
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	ВК ТК ГИА	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>	4	ВК ТК ГИА	ПК - 10

	5) все выше перечисленное			
38.	<p>ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ СТАЦИОНАРА И «СКОРОЙ» ПОМОЩИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВО ВСЕМ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) продолжения в стационаре начатого на догоспитальном этапе лечения</li> <li>2) анализа совпадений диагнозов стационара и «скорой»</li> <li>3) госпитализации на свободную койку</li> <li>4) создания больниц «скорой помощи»</li> <li>5) создание отделений скорой помощи в больничном учреждении</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	УК - 3 ПК - 12
39.	<p>СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) медицинская помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий;</li> <li>2) медицинская помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики;</li> <li>3) медицинская помощь с использованием специальных сложных медицинских технологий</li> <li>4) медицинская помощь с использованием сложных медицинских технологий</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК - 10
40.	<p>ВИДЫ И СТАНДАРТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, УСТАНОВЛИВАЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) правительством Российской Федерации</li> <li>2) министерством здравоохранения</li> <li>3) федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения</li> <li>4) ТФОМС</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК - 10
41.	<p>ТОЛЬКО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ (УКАЗАТЬ НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2) гематологическая, дерматовенерологическая, диабетологическая, колопроктологическая, неонатологическая, онкологическая для взрослых и детей,</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК - 10

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

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

48.	<p>ЛИЦА, СОВМЕСТНО ПРИЧИНИВШИЕ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН НЕСУТ ПО ВОЗМЕЩЕНИЮ УЩЕРБА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) солидарную ответственность;</li> <li>2) субсидиарную ответственность;</li> <li>3) в зависимости от вины причинителя;</li> <li>4) ответственности не несут;</li> <li>5) нет правильного ответа.</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	ПК - 11
49.	<p>В КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СТРАН ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ НАИМЕНЬШАЯ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Швеция;</li> <li>2) Великобритания;</li> <li>3) Япония;</li> <li>4) Канада;</li> <li>5) Россия.</li> </ol>	3	ВК ТК ГИА	ПК - 10
50.	<p>ИМЕЕТ ЛИ ПРАВО ВОЗ ПЕРЕСМАТРИВАТЬ «МЕЖДУНАРОДНУЮ СТАТИСТИЧЕСКУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ»?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Не имеет права;</li> <li>2) Имеет право самостоятельно решать вопрос;</li> <li>3) Имеет право с согласия других международных организаций.</li> <li>4) Имеет право совместно с другими международными организациями</li> <li>5) Всё выше перечисленное</li> </ol>	2	ВК ТК ГИА	ПК - 10
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"> <li>1) Медицинская карта амбулаторного больного;</li> <li>2) История болезни;</li> <li>3) Договор об оказании медицинских услуг.</li> <li>4) Страховой полис</li> <li>5) Статистический талон</li> </ol>	1, 2	ВК ТК ГИА	ПК - 11
52.	<p>НАЗОВИТЕ ОБЩЕЕ В ПРЕДМЕТЕ РЕГУЛИРОВАНИЯ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ДЕОНТОЛОГИИ И БИОЭТИКИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Регулирование межличностных отношений, возникающих при оказании медицинской помощи,</li> <li>2) Регулирование межинституциональных отношений, возникающих в ходе организации медицинской помощи;</li> <li>3) Регулирование как межличностных, так и межинституциональных отношений.</li> <li>4) Регулирование межличностных и межэтнических отношений</li> <li>5) Регулирование межличностных, межэтнических так и межинституциональных отношений</li> </ol>	1	ВК ТК ГИА	УК - 1
53.	К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ	3	ВК	ПК - 10

	<p>ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Заболеваемость с ВУТ</li> <li>2) Госпитализированная заболеваемость</li> <li>3) Полнота охвата беременных диспансерным наблюдением</li> <li>4) Летальность</li> <li>5) Все выше перечисленное</li> </ol>		<p>ТК ГИА</p>	
54.	<p>ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИЛЬНОГО ДОМА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Заболеваемость беременных женщин</li> <li>2) Материнская смертность</li> <li>3) Полнота обследования беременных</li> <li>4) Среднее число посещений до родов</li> <li>5) Число принятых «родовых сертификатов»</li> </ol>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК - 10
55.	<p>ПРИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ КРАТНОСТЬ ПОСЕЩЕНИЙ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНОЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 14-16 раз за весь период наблюдения</li> <li>2) 12-14</li> <li>3) 10-12</li> <li>4) 5- 10</li> <li>5) не менее 5</li> </ol>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК - 10
56.	<p>ПОСТУПЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ В ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ СЧИТАЕТСЯ ПОЗДНИМ В СРОК:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) После 3-х мес. беременности</li> <li>2) После 4-х “-”</li> <li>3) После 5-ти “-”</li> <li>4) После 6-ти “-”</li> <li>5) После 7-ми “-”</li> </ol>	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК - 10

## 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	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1
2.	Уметь использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации).	ТК ГИА	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 2
3.	Знать документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.	ТК ГИА	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1
4.	Владеть способностью и готовностью к обобщению, анализу, восприятию информации, постановке цели и выбору путей ее достижения.	ТК ГИА	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 3
5.	Уметь разрешать конфликты с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм.	ТК ГИА	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 2
6.	Знать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.	ТК ГИА	УК - 1, УК - 2, УК - 3

## 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	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1
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	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1



	<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	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 2

	<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	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 3
5	Важной задачей системы здравоохранения составляет учет и анализ	1. Смертность в зависимости от причин, возраста, пола, места жительства, доступности и	ТК ГИА	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1

	<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>		
6	<p>На больницу было выделено 300млн руб. по УМТБ. Куда может потратить эти деньги больница?</p>	<p>Закупку информационных систем и оборудования под них и ремонт и отделка больничных помещений</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК - 11, УК - 1</p>
7	<p>При проведение внутреннего контроля качества было выявлено не соблюдение врачом кардиологом стандартов по лечению пациентов. Что грозит врачу?</p>	<p>Дисциплинарная ответственность возможно и даже выговор, лишение премиальных надбавок.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК - 11, УК - 1</p>
8	<p>При проведение внутреннего контроля качества было выявлено не соблюдение врачом хирургом стандартов по лечению пациентов. Что грозит врачу?</p>	<p>Дисциплинарная ответственность возможно и даже выговор, лишение премиальных надбавок.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК - 11, УК - 1</p>
9	<p>Жители города N с численностью населения в возрасте старше 18 лет 100 тысяч человек в 2010 году приходили в поликлиники и вызывали врачей на дом с целью</p>	<p>1 число впервые выявленных заболеваний/число населения <math>\square</math> 1000 670,0</p> <p>2 основной показатель, характеризующий работу поликлиники и отражающий</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК - 10, ПК - 11, УК - 1</p>

<p>получения медико-социальной помощи 158 тысяч раз. При этом 67000 пациентам впервые в жизни устанавливались заболевания (диагнозы), а 81000 пациентов приходили на лечение вследствие обострений хронических заболеваний, диагнозы которых были известны и установлены в прошлые годы. 10000 пациентов приходили за консультативной помощью по поводу выбора образа жизни, физического развития, регулирования внутрисемейных отношений.</p> <p>Из 6700 впервые установленных диагнозов наибольшее количество приходилось:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>острое респираторное заболевание, катары с поражением верхних дыхательных путей – 6000</li> <li><input type="checkbox"/> ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 2200</li> <li><input type="checkbox"/> гипертоническая болезнь – 1600</li> <li><input type="checkbox"/> болезни нервной системы – 2800</li> <li><input type="checkbox"/> болезни глаз (миопия) – 2200</li> <li><input type="checkbox"/> болезни уха и сосцевидных отростков – 1400</li> <li><input type="checkbox"/> болезни почек и мочевого пузыря – 1200</li> <li><input type="checkbox"/> болезни костно-мышечной системы (суставов) – 1700</li> </ul> <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>ПК - 10, ПК - 11, УК - 1</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 = число родившихся-число умерших x 1000 Среднегодовая численность населения = <math>36639-39068 \times 1000/2893926 = -0,8\%</math> Коэффициент смертности = число умерших за год x 1000 Среднегодовая численность населения = <math>39068 \times 1000/2893926 = 13,5\%</math></p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК - 10, ПК - 11,</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>ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 2</p>
13	<p>Больной С. находился в</p>	<p>Лечащий врач должен назначить</p>	<p>ТК</p>	<p>ПК - 10,</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 - 11, ПК - 12 УК - 1 УК - 2</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>ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1 УК - 3</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>ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1 УК - 2</p>

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

	случае говорить о причинении вреда?	<p>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.);</p> <p>3. Причинная связь между противоправным деянием и возникшим вредом</p> <p>4. Вина причинителя вреда.</p> <p>В случае отказа решение возникшего спора, возможно в порядке гражданского судопроизводства.</p> <p>Необходимым условием возникновения ответственности медицинского учреждения является причиненный пациенту вред. Согласно приказу МЗ РФ № 407 от 10.12.1996г. под вредом здоровью следует понимать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или физиологических функций;</li> <li>- заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических.</li> </ul> <p>Вред здоровью включает в себя 2 самостоятельных элемента: имущественный ущерб и моральный вред (физические и нравственные страдания).</p> <p>Требования пациента о возмещении причиненного вреда могут быть удовлетворены только при наличии всех перечисленных оснований ответственности и возможности доказать их в процессе судебного разбирательства.</p>		
--	-------------------------------------	---	--	--



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, когда вина является основанием</p>	ТК ГИА	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1 УК - 2
----	--	---	-----------	---

		<p>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.</p> <p>Удовлетворит ли суд требования истца?</p> <p>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>	ТК ГИА	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1
23	<p>Дежурным врачом при осмотре на дежурстве пациентки, пожаловавшейся на</p>	<p>Данное деяние квалифицируется в соответствии с ч.2 ст.109 УК РФ как неосторожное причинение смерти, вследствие</p>	ТК ГИА	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1 УК - 3

	<p>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.</p> <p>2 Определите элементы состава преступления.</p>	<p>ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.</p> <p>Объект преступления – жизнь человека.</p> <p>Объективная сторона:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- общественно-опасные последствия в виде смерти пациента и причинно-следственная связь между действиями (бездействием) врача и общественно-опасными последствиями.</li> </ul> <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>		
24	<p>Двухмесячная девочка в тяжелом состоянии была доставлена в больницу с диагнозом коклюш. Для введения лекарства девочке установили катетер. В результате неудачного введения катетера у ребенка</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> <p>Объект преступления – здоровье</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1 УК - 3</p>

	<p>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>ребенка (потеря органа). Объективная сторона:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentliches gefährliches Handeln: unzulässige Ausführung durch medizinisches Personal von beruflichen Pflichten, einschließlich unzulässiger Katheterplatzierung, Verschreibung von medikamentöser Behandlung anstelle der Entfernung des gebildeten Thrombus;</li> <li>• Öffentliches gefährliches Ergebnis – Verlust des Kindesorgans – Hand.</li> <li>• Kausalkausale Verbindung zwischen öffentlichem gefährlichem Handeln und Ergebnis: erzwungene Amputation der Hand wurde als Ergebnis der Tatsache, dass medizinische Hilfe wurde durch medizinisches Personal unzulässig durchgeführt.</li> </ul> <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	ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12 УК - 1

## 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><b>ФАРМАКОТЕРАПИЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРОВОДИТСЯ В УСЛОВИЯХ</b></p> <p>1) экономической системы 2) формулярной системы 3) фармакологической системы 4) клинической системы 5) социальной системы</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК - 5
2	<p><b>ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ</b></p> <p>1) второстепенные 2) жизненно-важные 3) необходимые 4) дорогостоящие 5) доступные</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК - 8
3	<p><b>ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ВАЖНЫЕ ДЛЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ, ИМЕЮЩИЕ ОПАСНЫЙ ДЛЯ ЖИЗНИ СИНДРОМ ОТМЕНЫ, ПОСТОЯННО НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНИ</b></p> <p>1) второстепенные 2) важные 3) жизненно-важные 4) необходимые 5) доступные</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК - 8
4	<p><b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ ПОЗВОЛЯЕТ ДОБИТЬСЯ МИНИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕ ТОЛЬКО БЕЗ ПОТЕРИ, НО И</b></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 медицинской помощи</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК - 1
5	<p><b>ПОНЯТИЕ ФАРМАКОДИНАМИКА ВКЛЮЧАЕТ</b></p> <p>1) механизм действия и фармакологические эффекты 2) пути введения лекарственных средств</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК - 8

	3) закономерности абсорбции лекарственных средств 4) закономерности элиминации лекарственных средств 5) нежелательные эффекты лекарственных средств и меры их профилактики			
6	ФАРМОКОКИНЕТИКА ИЗУЧАЕТ 1) всасывание лекарств, распределение, биотрансформацию лекарств 2) механизм действия, экскрецию лекарств 3) всасывание, распределение, биотрансформацию, экскрецию лекарств 4) распределение, биотрансформацию, механизм действия лекарств 5) взаимодействие лекарственных средств	3	ВК ТК ГИА	ПК - 8
7	МУТАГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА – ЭТО 1) неблагоприятное действие на эмбрион, приводящее к врожденным уродствам 2) повреждение генетического аппарата, приводящее к изменению генотипа потомства 3) неблагоприятное действие на эмбрион, не вызывающее врожденных уродств 4) действие на плод, приводящее к развитию опухолей 5) неблагоприятное действие на плод, не вызывающее врожденных уродств	2	ВК ТК ГИА	ПК - 8
8	ВВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫМ ПЕРЕД РОДАМИ СУЛЬФАТА МАГНИЯ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ 1) развития нейромышечных блокад и летаргии 2) угнетения дыхания 3) гепатотоксического действия 4) тромбоцитопении 5) гипотрофии	1	ВК ТК ГИА	ПК - 6
9	ПОСЛЕДСТВИЯ ВВЕДЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ 1) потеря слуха 2) поражение кожных покровов 3) гипотрофия плаценты и плода 4) преждевременное закрытие Боталлова протока 5) геморрагический синдром	3	ВК ТК ГИА	ПК - 8
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 - 8
11	К ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОМУ ВИДУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ 1) аддитивность	1	ВК ТК ГИА	ПК - 1

	<p>2) « в одном шприце »</p> <p>3) влияние лекарственных веществ на метаболические превращения других средств</p> <p>4) индукция микросомальных систем печени</p> <p>5) ингибция микросомальных систем печени</p>			
12	<p>К ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИМ ВИДАМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) аддитивность</p> <p>2) « в одном шприце »</p> <p>3) влияние лекарственных веществ на метаболические превращения других средств</p> <p>4) синергизм</p> <p>5) суммация</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8
13	<p>ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЙ ТИП ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ НА ЭТАПЕ</p> <p>1) всасывания</p> <p>2) распределения</p> <p>3) взаимодействия с рецепторами</p> <p>4) биотрансформации</p> <p>5) выведения</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8
14	<p>ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛС</p> <p>1) любое взаимодействие лекарственных средств</p> <p>2) взаимодействие лекарств после введения в организм</p> <p>3) только фармакокинетическое взаимодействие лекарств</p> <p>4) взаимодействие лекарственных средств до введения в организм</p> <p>5) взаимодействие лекарственных средств после выведения из организма</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8
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	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8
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>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8

	<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>			
17	<p>ОТ ДОЗЫ НЕ ЗАВИСЯТ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛС</p> <p>1) связанные с фармакологическими свойствами ЛС</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	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>УК - 1</p> <p>ПК - 8</p>
18	<p>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА</p> <p>1) сумма минимальной эффективной и 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>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8
19	<p>ТЕРМИН, ОБОЗНАЧАЮЩИЙ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КОТОРОЕ ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ВРОЖДЕННЫХ УРОДСТВ</p> <p>1) мутагенное действие</p> <p>2) фетотоксическое действие</p> <p>3) эмбриотоксическое действие</p> <p>4) тератогенное действие</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	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	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 6
21	<p>1. 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>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 5



	5) хорошо проникает в спинномозговую и перитонеальную жидкости			
22	<p>ДЛЯ ДИКЛОФЕНАКА ХАРАКТЕРНО</p> <p>1) по противовоспалительной активности не превосходит ибупрофен и фенилбутазон</p> <p>2) побочные реакции бывают реже, чем при приеме индометацина (особенно со стороны ЦНС)</p> <p>3) не вызывает побочных реакций</p> <p>4) препарат обладает выраженным анальгетическим и слабым противовоспалительным свойствами</p> <p>5) по анальгетической активности уступает индометацину</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8
23	<p>НПВС, ЧАЩЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЦИТОПЕНИИ</p> <p>1) ибупрофен</p> <p>2) индометацин</p> <p>3) вольтарен</p> <p>4) нимесулид</p> <p>5) мелоксикам</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8
24	<p>ПРЕПАРАТ, СЕЛЕКТИВНО БЛОКИРУЮЩИЙ ЦИКЛООКСИГЕНАЗУ 2:</p> <p>1) мелоксикам</p> <p>2) диклофенак</p> <p>3) целекоксиб</p> <p>4) ибупрофен</p> <p>5) индометацин</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8
25	<p>К ПРОИЗВОДНЫМ ФЕНИЛУКСУСНОЙ КИСЛОТЫ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) диклофенак</p> <p>2) индометацин</p> <p>3) нимесулид</p> <p>4) целекоксиб</p> <p>5) мелоксикам</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8
26	<p>ДЛЯ ПАРАЦЕТАМОЛА ХАРАКТЕРНО</p> <p>1) меньшее число побочных реакций</p> <p>2) сильная анальгетическая и противовоспалительная эффективность</p> <p>3) более раннее наступление жаропонижающего эффекта</p> <p>4) более продолжительный эффект</p> <p>5) отсутствие "НПВС-гастропатии"</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8
27	<p>ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СО СТОРОНЫ ЦНС НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ</p> <p>1) индометацина</p> <p>2) ибупрофена</p> <p>3) диклофенака</p> <p>4) пироксикама</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 5
28	<p>НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ</p> <p>1) .напроксена</p> <p>2) пироксикама</p> <p>3) ибупрофена</p> <p>4) аспирина</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК - 8

	5) целикосиб			
29	НАИБОЛЕЕ ИЗБИРАТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЕТ НА ЦИКЛООКСИГЕНАЗУ- 2 1) цецекоксіб 2) нимесулід 3) мелоксікам 4) піроксиам 5) ацетилсаліцилова кислота	1	ВК ТК ГИА	ПК - 8
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 - 8
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 - 8
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 - 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	УК - 1
34	АНТИБИОТИК, НЕ РАЗРЕШЕННЫЙ К ПРИМЕНЕНИЮ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ 1) бензилпенициллин 2) азитромицин 3) меронем 4) ципрофлоксацин 5) амоксициллин	4	ВК ТК ГИА	ПК - 8
35	ФТОРХИНОЛОНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ В	2	ВК	ПК - 8

	<p>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>	
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>	ПК - 8
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>	ПК - 8
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>	ПК - 8
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>	ПК - 8
40	<p>ЦЕЛЬЮ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) создание эффективной концентрации антибиотика в ране от разреза до ушивания</p> <p>2) подавление микробной флоры до операции</p> <p>3) подавлени микробной флоры в послеоперационном периоде</p> <p>4) лечение раны</p> <p>5) профилактика антибиотикорезистентности</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК - 8

## 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	ПК-1, ПК-5, ПК-8, УК-1
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	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1
3.	Знать стандарты медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях.	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-8, УК-1
4.	Знать принципы рациональной фармакотерапии, в том числе у беременных и крайних возрастных группах: в педиатрии и гериатрии.	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1
5.	Знать лекарственные средства, требующие лекарственного мониторинга.	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-8
6.	Уметь выбрать и выписать рецепты на ЛС, в том числе и по программе ОНЛС.	ТК, ГИА	ПК-5, 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	ПК-5, ПК-8
8.	Уметь проводить поиск по клинической фармакологии с использованием информационных систем.	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-8, УК-1
9.	Уметь проводить ABC/VEN анализ.	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-8
10.	Уметь составлять прогностическую потребность на лекарственные средства и проводить сравнительный анализ прогностической потребности и реального использования лекарственных средств.	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-8, УК-1
11.	Уметь работать с информационным обеспечением системы ОНЛС: справочниками и классификаторами ЛС, программным обеспечением по составлению прогностической потребности в лекарственных средствах.	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-8, УК-1
12.	Уметь использовать статистические данные системы ОНЛС (ДЛО) для оценки её эффективности.	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-8, УК-1

13.	Знать категории классификации ЛС по степени риска для плода.	ТК, ГИА	ПК-5, 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	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1
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	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1
16.	Уметь оценивать взаимодействие лекарственных средств, применяемых во время беременности, кормления грудью, у детей в период новорожденности и у пожилых.	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1
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	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1
18.	Уметь выбрать лекарственные препараты на фоне снижения функции почек и печени.	ТК, ГИА	ПК-8, УК-1
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	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1
20.	Уметь заполнить извещение о НПР.	ТК, ГИА	ПК-8, УК-1
21.	Знать правила схему сообщения о результатах НПР.	ТК, ГИА	ПК-8, УК-1
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	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1
23.	Уметь определить характер фармакотерапии, проводить выбор лекарственных препаратов, устанавливать принципы их дозирования, выбирать методы контроля за их эффективностью и безопасностью	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1
24.	Уметь выбрать и выписать рецепты на ЛС, в том числе и по программе ОНЛС	ТК, ГИА	ПК-8, УК-1
25.	Уметь проводить поиск по клинической фармакологии с использованием информационных систем.	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1

### 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>1 Показаны ли препараты, выписанные кардиологом?</p> <p>2 Совместимы ли препараты, выписанные неврологом с препаратами, назначенными для лечения гипертонической болезни и стенокардии?</p> <p>3 Совместимы ли препараты, назначенные кардиологом?</p> <p>4 Каковы противопоказания к назначению винпоцетина?</p> <p>5 Предполагаются ли при этом штрафные санкции при проведении экспертизы качества?</p>	<p>6. Показаны</p> <p>7. Совместимы</p> <p>8. Совместимы</p> <p>9. Гиперчувствительность, тяжелые формы ИБС и аритмий, повышенное внутричерепное давление, беременность, лактация.</p> <p>10. Предполагаются.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1
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 применить показатель</p> <p>1. стоимость/эффективность</p>	<p>1. Расчет показателя стоимость/эффективность(cost-effectivenessanalysis, СЕА):  <math>CEA = \frac{\text{стоимость 7 дней лечения}}{\% \text{эрадикации}}</math></p> <p>2. СЕА препарата А= <math>287,8 / 82,6 = 3,48</math></p> <p>3. СЕА препарата В= <math>623,7 / 90,9 = 6,87</math></p> <p>4. Выводы: эффективность двух препаратов кларитромицина является вполне достаточной, показатель стоимость/эффективность препарата А значительно</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-8, УК-1

	<p>(cost-effectivenessanalysis)для наиболее целесообразного выбора ЛС</p> <p>2. Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП А.</p> <p>3. .Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП В.</p> <p>4. Какие выводы можно сделать по данным расчета.</p> <p>5. Какой ЛП использовать предпочтительно.</p>	<p>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>1. Как применить показатель стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis)для наиболее целесообразного выбора ЛС</p> <p>2. Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП А.</p> <p>3. Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП В.</p> <p>4. Какие выводы можно сделать по данным расчета.</p> <p>5. Какой ЛП использовать предпочтительно.</p>	<p>1. Расчет показателя стоимость/эффективность(cost-effectivenessanalysis, СЕА): СЕА=стоимость 7дней лечения / %эрадикации.</p> <p>2. СЕА препарата А= 387,7 / 60= 6,5.</p> <p>3. СЕА препарата В= 623,7 / 90,9= 6,87.</p> <p>4. Выводы: показатели стоимость/эффективность препаратов А и В отличаются незначительно.</p> <p>5. Целесообразно применение препарата В, учитывая значительно большую его эффективность</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-8, УК-1</p>

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>1. Выберите правильный пример расчёта.</p> <p>2. Решите вопрос о предпочтительном использовании лекарственного препарата.</p> <p>3. Решите вопрос о включении препарата в ограничительный перечень МО.</p>	<p>1. Анализ затраты/полезность-CUA (COST-UTILITY ANALYSIS); <math>CUA = (DC + IC)/Ut</math>, 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. <math>CUA A = 20000/0.8=25\ 000</math> руб./QALY; <math>CUA B = 20000/0.6=33\ 333.3</math> руб./QALY</p> <p>2. Предпочтительно использование лекарственного препарата А.</p> <p>3. Препарат А</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1
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>1. Как применить показатель стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) для наиболее целесообразного выбора ЛС</p> <p>2. Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП А.</p> <p>3. Стоимость/эффективность (cost-effectivenessanalysis) ЛП В.</p> <p>4. Какие выводы можно сделать по данным расчета.</p> <p>5. Какой ЛП использовать предпочтительно.</p>	<p>1. Расчет показателя стоимость/эффективность(cost-effectivenessanalysis, СЕА): <math>CEA=стоимость\ 7дней\ лечения / \%эрадикации</math>.</p> <p>2. СЕА препарата А= <math>390.0 / 40= 9,75</math>.</p> <p>3. СЕА препарата В= <math>623,7 / 90,9= 6,87</math>.</p> <p>4. Выводы: показатели стоимость/эффективность препарата В значительно лучше.</p> <p>5. Целесообразно применение препарата В, несмотря на значительно большую стоимость</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-8, УК-1



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>1. Возможно ли применение аспирина у детей 8 лет?</p> <p>2. Обоснуйте ответ на предыдущий вопрос</p> <p>3. Какие препараты предпочтительны в качестве жаропонижающих в педиатрической практике?</p> <p>4. Укажите механизм жаропонижающего действия названных Вами препаратов.</p> <p>5. Укажите их побочные эффекты</p>	<p>1. Препарат не назначают детям до 15 лет.</p> <p>2. Из-за риска развития синдрома Рейе.</p> <p>3. Ибупрофен, парацетамол.</p> <p>4. Ингибция ЦОГ 3</p> <p>5. Со стороны ЖКТ, ЦНС, кровотворения, аллергические реакции.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1
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>1. Чем вы объясните его возникновение?</p> <p>2. Обоснуйте ответ на предыдущий вопрос</p> <p>3. Какие изменения нужно внести в план лечения с вашей точки зрения?</p> <p>4. Обоснуйте ответ на предыдущий вопрос</p> <p>5. Кратность назначения в сутки назначенного ЛП.</p>	<p>1. Накоплением брадикинина</p> <p>2. Ингибция ЦОГ.</p> <p>3. Отменить эналаприл, назначить антагонисты рецепторов ангиотензина.</p> <p>4. При назначении антагонистов рецепторов ангиотензина брадикинин не накапливается.</p> <p>5. Однократно.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1
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>1. Назвать класс антибактериальных</p>	<p>1. Макролиды.</p> <p>2. ЛП выбора для стартовой терапии.</p> <p>3. Гепатотоксическое действие.</p> <p>4. Биохимический ан. крови.</p> <p>5. Пожилой возраст.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1

	<p>препаратов</p> <p>2. Оценить рациональность выбора стартовой терапии</p> <p>3. О каких осложнениях идет речь в задаче</p> <p>4. Назвать критерии контроля безопасности для предотвращения выше названных НПР</p> <p>5. Назвать возможные факторы риска НПР.</p>			
9.	<p>Больной 68 лет получал цефотаксим 2г/сут 10 дней по поводу обострения хр. холецистита. Через 5 дней после отмены препарата у больного жидкий стул до 8 раз в день, боли в животе, слабость. В крови лейкоцитоз <math>9,2 \cdot 10^9/\text{л}</math>.</p> <p>1. Назвать класс антибактериальных препаратов.</p> <p>2. Оценить рациональность выбора а/б при данной патологии.</p> <p>3. О каком осложнении идет речь.</p> <p>4. Сделайте лекарственные назначения.</p> <p>5. Назовите лабораторный тест для подтверждения диагноза</p>	<p>1. Цефалоспорины.</p> <p>2. Назначение возможно.</p> <p>3. Псевдомембранозный колит.</p> <p>4. Ванкомицин, метронидазол.</p> <p>5. Бактериологическое исследование кала</p>	<p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>ПК-5,</p> <p>ПК-8,</p> <p>УК-1</p>
10.	<p>Пациент 68 лет, после протезирования тазобедренного сустава для профилактики ВТЭ назначены новые оральные антикоагулянты.</p> <p>1. Перечислите препараты данной группы</p> <p>2. Является ли ограничением к их назначению клиренс креатинина менее 25мл/мин</p> <p>3. Укажите режим приема одного из препаратов</p> <p>4. Обязательным ли является контроль МНО при назначении данных препаратов?</p>	<p>1. Ривароксабан, дабигатран, апиксабан</p> <p>2. Да</p> <p>3. Дабигатран 150мг 2 раза в сутки</p> <p>4. Нет</p> <p>5. Варфарин, фенилин</p>	<p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>ПК-5,</p> <p>ПК-8,</p> <p>УК-1</p>

	5. При назначении каких оральных антикоагулянтов контроль МНО является обязательным?			
11.	<p>Больной Л., 6 лет, на фоне ОРВИ отмечается подъем температуры до 38,90 С. Мама ребенка с жаропонижающей целью дала <math>\frac{1}{4}</math> таблетки аспирина по 0,5. Оцените тактику жаропонижающей терапии.</p> <p>1. Было ли показано ребёнку 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>	<p>1. Да.</p> <p>2. Аспирин не рекомендован детям до 12 лет</p> <p>3. НПВС, ацетилсалициловая кислота.</p> <p>4. Высокий риск развития синдром Рея.</p> <p>5. Парацетамол.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1
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>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>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>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1

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>1.Оцените выбор промедола.  2.Показания для назначения промедола по шкале ВАШ.  3.Показано ли продолжение фармакотерапии ненаркотическими анальгетиками (пенталгин, кетонал).  4.Назначение какого лекарственного препарата показано для усиления анальгезии.  5.Групповая принадлежность лекарственного препарата, назначенного для усиления анальгезии.</p>	<p>1.Выбор нерационален.  2.Показание по шкале ВАШ 3-4 балла.  3.Показано.  4.Трамадол.  5. Ненаркотический опиоидный анальгетик.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1
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>1.Оцените рациональность проводимой фармакотерапии в раннем послеоперационном периоде.  2.Оцените обоснованность отмены промедола.  3. Назначение какого лекарственного препарата показано для продолжения лечения?  4. Назначение какой лекарственной формы кетонала целесообразно для продолжения терапии болевого синдрома</p>	<p>1.Проводимая фармакотерапия в раннем послеоперационном периоде соответствует выраженности болевого синдрома..  2.Обосновано.  3. Кетонал.  4. Ректальные свечи  5.Эффективность НПВС в свечах соответствует анальгетической эффективности при парентеральном введении.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1

	5. Обоснуйте назначение данной лекарственной формы.			
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 мг. в сутки. Усиление анальгезии не произошло. Оцените тактику врача.</p> <p>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>	<p>1. НПВС, неселективный ингибитор ЦОГ, диклофенак.  2. НПВС, селективный ингибитор ЦОГ-2 в дозе 7,5 мг. в сутки, в дозе 15 мг. селективность исчезает, мелоксикам.  3. Мовалис (мелоксикам) не является более эффективным препаратом, усиление анальгезии не произошло.  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.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1
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>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>	<p>1 Неверно  2. Следует начать лечение с защищенных пенициллинов (амоксициллин/клавуланат) или респираторных фторхинолонов  3. Биодоступность при приеме внутрь около 40%, плохо проникает через ГЭБ (лучше при воспалении оболочек мозга), выводится преимущественно с мочой  4. Не противопоказан пожилым  5. Повышенная чувствительность к бета-лактамам, выраженные нарушения функции печени (для парентерального применения)</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1
17.	<p>У больного с центральным венозным катетером и клиническими признаками ангиогенной инфекции из крови выделен Staphylococcus</p>	<p>1. Неверен.  2. Необходимо не менее 6,0 в сутки в 3 введения  3. Цефалоспорины 1 поколения</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1

	epidermidis, чувствительный к цефазолину. Начато лечение цефазолином в дозе 2,0 2 раза в сутки в вену 1. Верен ли режим дозирования препарата? 2. Какой режим дозирования предпочтителен? 3. К какой группе относится цефазолин? 4. Каков механизм действия цефазолина? 5. Какие еще препараты эффективно действуют на стафилококки?	4. Тормозит синтез пептидогликанового слоя клеточной стенки, взаимодействуя с пенициллинсвязывающими белками. Эффект бактерицидный. 5. Оксациллин, рифампицин, ванкомицин, респираторные фторхинолоны.		
18.	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 Staphylococcus aureus, чувствительный к оксациллину. При назначении оксацилина 8,0 в сутки температура нормализовалась через 5 дней на фоне положительной клинико-лабораторной динамики 1. Верно ли выбрана доза оксацилина? 2. Каков механизм действия оксацилина? 3. Каковы противопоказания к назначению оксацилина? 4. Каковы побочные эффекты оксацилина? 5. Как взаимодействует с другими препаратами?	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 оксацилина в сыворотке крови.	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1
19.	Больному М, с диагнозом "острый пиелонефрит" назначен цефотаксим 6,0 в сутки. В анамнезе анафилактический шок на введение пенициллина. 1. Возможна ли перекрестная	1. Возможна 2. Можно после проведения пробы, лучше после консультации аллерголога 3. Цефалоспорин 3 поколения 4. Головная боль,	ТК ГИА	ПК-5, ПК-8, УК-1

	<p>аллергия цефалоспоринов и пенициллинов?</p> <p>2 Можно ли провести лечение в выбранном режиме?</p> <p>3 К какой группе относится цефотаксим?</p> <p>4 Каковы побочные эффекты цефотаксима?</p> <p>5 Каково взаимодействие цефотаксима с другими препаратами?</p>	<p>головокружение,, транзиторная лейкопения, диспептические расстройства, аллергические реакции</p> <p>5. Увеличивает риск 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> <p>ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ 1, 2</p>	1, 2	ВК ТК ГИА	ПК-3
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>	1, 2	ВК ТК ГИА	ПК-3
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
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</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-7



	<p>работу в условиях военного времени, 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><b>МОБИЛИЗАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ (ЗАКАЗЫ)</b></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>	ПК-7
6.	<p><b>МОБИЛИЗАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭТО:</b></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>	ПК-7
7.	<p><b>1. УСТОЙЧИВОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЧС ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:</b></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</p>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-7

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

	учреждения; 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-7 УК - 2
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-12 УК - 2
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;	2	ВК ТК ГИА	ПК-12 УК - 2

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

	3) догоспитальный, госпитальный; 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-12 УК - 2
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-12 УК - 2
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-7 УК - 2
22.	ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПЛАНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧС ЯВЛЯЕТСЯ: 1) приведение в готовность учреждений и формирований;	4	ВК ТК ГИА	ПК-7 УК - 2

	<p>2) готовность персонала к работе в ЧС;</p> <p>3) оснащение учреждений и формирований;</p> <p>4) организация и оказание медицинской и противоэпидемической помощи;</p> <p>5) обучение населения правильному поведению при ЧС</p>			
23.	<p>МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЙ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) Минздравмедпромом;</p> <p>2) органами управления территории;</p> <p>3) учреждениями-формирователями в виде комплектов, укладок и разрозненных предметов;</p> <p>4) бесперебойное и полное;</p> <p>5) для пополнения истраченного</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>ПК-7</p> <p>УК - 2</p>
24.	<p>ДЛЯ ОПЕРАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ В ЦЕНТРАХ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ХРАНЯТСЯ:</p> <p>1) укладки для бригад постоянной готовности из расчета 40 кг на 50 пострадавших;</p> <p>2) материально-технические и медикаментозные средства;</p> <p>3) резерв медтехники и санитарно-технического имущества;</p> <p>4) медикаменты для ликвидации последствий катастроф;</p> <p>5) информация об аварии.</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>ПК-7</p> <p>УК - 2</p>
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	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>ПК-7</p>
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>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	<p>ПК-7</p>

	4) муниципальные, окружные, городские; 5) транспортные, производственные			
27.	ВЕДУЩИЙ ВИД РАДИОАКТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СЛЕДЕ РАДИОАКТИВНОГО ОБЛАКА ПРИ ЯДЕРНОМ ВЗРЫВЕ: 1) внешнее гамма-излучение; 2) инкорпорация радиоактивных веществ с пищей; 3) инкорпорация радиоактивных веществ с вдыхаемым воздухом; 4) нарушение иммунитета; 5) биологическое воздействие	1	ВК ТК ГИА	ПК-7
28.	ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ОПАСНОСТИ ЛОКАЛЬНЫХ РАДИАЦИОННЫХ ВЫПАДЕНИЙ: 1) внешнее гамма-излучение; 2) контакт кожи с радиоактивными веществами; 3) инкорпорация изотопа йода-131, 4) увеличение заболеваемости; 5) нарушение герметичности установки	1	ВК ТК ГИА	ПК-7
29.	НОРМЫ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЙОНЕ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ: 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.	3	ВК ТК ГИА	ПК-7
30.	ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ В ЦЕЛЯХ УДАЛЕНИЯ РАДИОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С НЕЗАЩИЩЕННЫХ УЧАСТКОВ КОЖИ: 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	2	ВК ТК ГИА	ПК-7
31.	ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ОПАСНОСТЬ НА ТЕРРИТОРИИ СЛЕДА РАДИОАКТИВНОГО ОБЛАКА: 1) мясо и молоко животных, выпасаемых на	2	ВК ТК ГИА	ПК-7

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



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

	<p>ВСЛЕДСТВИЕ АВАРИИ НА ХИМИЧЕСКИ ОПАСНОМ ОБЪЕКТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) масштабами заражения (площадь зоны заражения), плотностью населения, степенью защиты;</li> <li>2) метеоусловиями, степенью защиты, площадью зоны заражения;</li> <li>3) наличием противогазов, количеством АХОВ и площадью их разлива, скоростью ветра;</li> <li>4) метеоусловиями, местом нахождения людей, наличием средств индивидуальной защиты;</li> <li>5) масштабами химически опасного объекта, плотностью населения, временем суток</li> </ol>		<p>ТК ГИА</p>	
39.	<p>ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА ОТНОСЯТСЯ К БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИМ АХОВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хлор, аммиак, синильная кислота;</li> <li>2) фосген, аммиак, хлор; 3) акрилонитрил, окислы азота, фосген; 4) диоксин, хлорацетоцетон;</li> <li>5) фосген, хлор, диоксин</li> </ol>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-7
40.	<p>ПО ХАРАКТЕРУ ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ АММИАК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ВЕЩЕСТВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) преимущественно удушающего действия;</li> <li>2) преимущественно общеядовитого действия;</li> <li>3) нейротропных ядов;</li> <li>4) обладающих удушающим и нейротропным действиями;</li> <li>5) метаболических ядов</li> </ol>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-7
41.	<p>ДИОКСИН ПО ХАРАКТЕРУ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ВЕЩЕСТВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) *метаболических ядов;</li> <li>2) нейротропных ядов;</li> <li>3) удушающего действия;</li> <li>4) общеядовитого действия; 5) не является АХОВ</li> </ol>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-7
42.	<p>УДУШАЮЩИМ И ОБЩЕЯДОВИТЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) акрилонитрил, окислы азота;</li> <li>2) синильная кислота, окислы азота;</li> <li>3) акрилонитрил, синильная кислота;</li> </ol>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-7

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

### Практические навыки

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

### 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>1. Сформулируйте диагноз?</p> <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>1. Синдром длительного сдавления обеих нижних конечностей.</p> <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>	ТК ГИА	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>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. С какой патологией необходимо дифференцировать?</p> <p>3. Назначьте обследование?</p> <p>4. Тактика лечения пациента на догоспитальном этапе.</p>	<p>1. Предварительный диагноз – Перелом позвонков грудного - поясничного отдела позвоночника.</p> <p>2. Дифференциация с травматическим шоком.</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</p>	ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-12

	5. Куда должен быть госпитализирован пострадавший?	стационар. 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>1. Поставьте диагноз? 2. Ваши действия. 3. Объем помощи 4. Назначьте обследование. 5. Какие осложнения могут развиваться у пострадавшего в ближайшее время?</p>	<p>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	ПК-3, ПК-5, ПК-12, УК-2
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>1. Анафилактический шок. Отек Квинке. 2. Необходимо провести следующие мероприятия: ○ придать ногам возвышенное положение, пунктировать и</p>	ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, УК-2

<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>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>	<p>катетеризовать периферическую вену, все препараты вводить внутривенно, ингаляция увлажнённого кислорода</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ преднизолон 60-90-120 мг</li> <li>○ введение жидкости – изотонический раствор хлорида натрия струйно 1000 мл, полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза 200 мл капельно</li> <li>○ антигистаминные препараты</li> <li>○ при распространении отёка на гортань - адреналин эндотрахеально</li> <li>○ после стабилизации состояния 2-4 мл лазикса</li> <li>○ транспортировка на носилках</li> </ul> <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>1. Сформулируйте диагноз?</p> <p>1. Основные действия на догоспитальном этапе?</p> <p>2. Какие осложнения могут развиться в ближайшее время?</p> <p>3. Куда должен быть госпитализирован пострадавший?</p> <p>4. Потребуется ли пострадавшему трансфузия компонентов крови?</p>	<p>1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок.</p> <p>2. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Остановка кровотечения.</p> <p>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>	ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, 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>1. Сформулируйте диагноз?</p> <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</p>	<p>1. Синдром длительного сдавления обеих нижних конечностей.</p> <p>2. Острая почечная недостаточность, как ведущий компонент синдрома длительного сдавления.</p> <p>3. Обезболивание наркотическими анальгетиками.</p> <p>Инфузионная терапия кристаллоидов 30-40 мл/кг массы тела в первый час интенсивной терапии.</p> <p>Шинирование обеих нижних конечностей.</p> <p>Симптоматическая терапия.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2



	пострадавший?	<p>4. Ампутация обеих конечностей. Прогноз неблагоприятен при развитии ОПН.</p> <p>5. Госпитализация пострадавшего в хирургический стационар, имеющий аппарат для проведения гемодиализа.</p>		
7.	<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>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>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	ПК-5, ПК-12, УК-2

8.	<p>При осмотре больного на месте ДТП обнаружен перелом левого бедра (наличие отломков в ране, деформация конечности и др.).</p> <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>1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок.</p> <p>2. Обезболивание наркотическими анальгетиками. Остановка кровотечения.</p> <p>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>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2
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>1. Анафилактический шок. Отек Квинке.</p> <p>2. Необходимо провести следующие мероприятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• придать ногам возвышенное положение, пунктировать и катетеризировать периферическую вену, все препараты вводить внутривенно, ингаляция увлажненного кислорода</li> <li>• 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</li> </ul>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2

	<p>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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• преднизолон 60-90-120 мг</li> <li>• введение жидкости – изотонический раствор хлорида натрия струйно 1000 мл, полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза 200 мл капельно</li> <li>• антигистаминные препараты</li> <li>• при распространении отёка на гортань - адреналин эндотрахеально</li> <li>• после стабилизации состояния 2-4 мл лазикса</li> <li>• транспортировка на носилках</li> </ul> <p>3. В отделение реанимации – если не удается стабилизировать гемодинамику. В терапевтическое отделение при стабилизации АД.  4. Лежа на носилках.  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>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>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</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2

		помощь		
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>1. Сформулируйте диагноз?</p> <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>1. Синдром длительного сдавления обеих нижних конечностей.</p> <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>	ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, УК-2
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: 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>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</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2

		правой голени. 5. Столбняк. Постгеморрагическая анемия.		
13.	<p>При осмотре больного на месте ДТП обнаружен перелом левого бедра (наличие отломков в ране, деформация конечности и др.).</p> <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>1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок.</p> <p>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.</p> <p>3. Жировая эмболия. ДВС-синдром. 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>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2
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</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 увлажнённого кислорода</p> <p>2) внутривенно адреналин 1-2 мл 0,1% в 20 мл 0,9</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2

	<p>кожном покрове крапивница, отёки лица и верхней половины туловища. Зрачки расширены.</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>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 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>		
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.</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>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>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2

		5. Пострадавший должен быть госпитализирован в стационар оказывающий нейрохирургическую помощь.		
16.	<p>У пострадавшего при землетрясении обломками разрушившего здания были сдавлены обе нижние конечности. Освободить последние от сдавления удалось только через 4 часа.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз?</p> <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>1. Синдром длительного сдавления обеих нижних конечностей.</p> <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>	ТК ГИА	ПК-3, ПК-5, ПК-7, УК-2
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.</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>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</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2

		свертывающей системы крови. Измерение АД, пульса, ЧДД. Рентгенография костей правой голени. 5. Столбняк. Постгеморрагическая анемия		
18.	<p>При осмотре больного на месте ДТП обнаружен перелом левого бедра (наличие отломков в ране, деформация конечности и др.).</p> <p>1. Сформулируйте диагноз?</p> <p>1. Основные действия на догоспитальном этапе?</p> <p>2. Какие осложнения могут развиваться в ближайшее время?</p> <p>3. Куда должен быть госпитализирован пострадавший?</p> <p>4. Потребуется ли пострадавшему трансфузия компонентов крови?</p>	<p>1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок.</p> <p>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.</p> <p>3. Жировая эмболия. ДВС-синдром. 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>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2
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</p>	<p>1. Анафилактический шок. Отек Квинке.</p> <p>2. Необходимо провести следующие мероприятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• придать ногам возвышенное положение, пунктировать и катетеризировать периферическую вену, все препараты вводить</li> </ul>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2



	<p>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>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>внутривенно, ингаляция увлажненного кислорода</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• преднизолон 60-90-120 мг</li> <li>• введение жидкости – изотонический раствор хлорида натрия струйно 1000 мл, полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза 200 мл капельно</li> <li>• антигистаминные препараты</li> <li>• при распространении отёка на гортань - адреналин эндотрахеально</li> <li>• после стабилизации состояния 2-4 мл лазикса</li> <li>• транспортировка на носилках</li> </ul> <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>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</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>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2

	на догоспитальном этапе. 5. Куда должен быть госпитализирован данный пострадавший?	4. Обезболивание. Уложить больного на шит. Транспортировка в стационар. 5. Пострадавший должен быть госпитализирован в стационар оказывающий нейрохирургическую помощь		
21.	У пострадавшего при землетрясении обломками разрушившего здания были сдавлены обе нижние конечности. Освободить последние от сдавления удалось только через 4 часа. 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?	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	ПК-3, ПК-5, ПК-7,
22.	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	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	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2

	развиться у пострадавшего в ближайшее время?	<p>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>		
23.	<p>При осмотре больного на месте ДТП обнаружен перелом левого бедра (наличие отломков в ране, деформация конечности и др.).</p> <p>1. Сформулируйте диагноз?</p> <p>5. Основные действия на догоспитальном этапе?</p> <p>6. Какие осложнения могут развиваться в ближайшее время?</p> <p>7. Куда должен быть госпитализирован пострадавший?</p> <p>8. Потребуется ли пострадавшему трансфузия компонентов крови?</p>	<p>1. Открытый перелом левого бедра. Травматический шок.</p> <p>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.</p> <p>3. Жировая эмболия. ДВС-синдром. 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>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2
24.	У больного в течении двух суток отмечалось повышение t до 38, кашель. Без назначения врача, самостоятельно в/м введён антибиотик. В ближайший период появился	<p>1. Анафилактический шок. Отек Квинке.</p> <p>2. Необходимо провести следующие мероприятия:</p> <p>1) придать ногам возвышенное положение,</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-12, УК-2

	<p>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>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>	<p>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 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: 1. Поставьте диагноз?</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</p>	ТК ГИА	ПК-5, , ПК-12, УК-2

	<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>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>		
--	--	--	--	--

## 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
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
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-1
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-3
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-3
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	ПК-9
7.	<p>СОДЕРЖАНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p>	2	ВК ТК	УК-3

	1) конституцией страны; 2) государственными стандартами; 3) законом об образовании.		ГИА	
8.	ПОЛУЧЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ В УНИВЕРСИТЕТЕ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ: 1) справкой об окончании университета; 2) дипломом о высшем образовании.	2	ВК ТК ГИА	УК-3
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-1
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
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
12.	ПРЕПОДАВАНИЕ – ЭТО ... 1) деятельность педагога 2) деятельность студентов 3) деятельность преподавателя и студентов	1	ВК ТК ГИА	УК-2
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-3
14.	ВЕДУЩИМИ ФОРМАМИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:	1, 2	ВК ТК	УК-3

	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) практические занятия;</li> <li>2) лекция;</li> <li>3) самостоятельные занятия;</li> <li>4) лабораторный практикум;</li> <li>5) учебная экскурсия;</li> <li>6) консультация;</li> <li>7) семинар.</li> </ul>		ГИА	
15.	<p>ПРИНЦИП СИСТЕМНОСТИ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ, ЧТО...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) студенты овладевают знаниями в определенном, логически обоснованном порядке;</li> <li>2) занятия строятся строго систематично и последовательно.</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	УК-3
16.	<p>11. ЧТО ТАКОЕ «БОЛОНСКИЙ ПРОЦЕСС»?</p> <p>«Болонским» принято называть процесс</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) асоздания странами Европы единого образовательного пространства</li> <li>2) строительства Европейского университета</li> <li>3) подписания соглашения о доступности образования для студентов всех стран.</li> </ul>	1	ВК ТК ГИА	УК-1
17.	<p>СКОЛЬКО СТРАН-УЧАСТНИКОВ БОЛОНСКОГО СОГЛАШЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 29</li> <li>2) 35</li> <li>3) 40</li> </ul>	3	ВК ТК ГИА	УК-3
18.	<p>В КАКОМ ГОДУ БЫЛО ПОДПИСАНО БОЛОНСКОЕ СОГЛАШЕНИЕ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 1998</li> <li>2) 2003</li> <li>3) 2008</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	УК-3
	<p>ЧЕМ ВЫЗВАНА НЕОБХОДИМОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ РЕФОРМ В ДУХЕ БОЛОНСКОГО ПРОЦЕССА?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) потребностью убрать факторы, мешающие выстраиванию целостного образовательного пространства России и Европы</li> <li>2) желанием сделать образование высокорентабельной сферой бизнеса</li> <li>3) необходимостью в сравнимости квалификаций студентов в области высшего образования</li> </ul>	1, 3	ВК ТК ГИА	УК-1
19.	<p>КАКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СУЩЕСТВУЮТ В РОССИИ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНЦИПОВ БОЛОНСКОГО ПРОЦЕССА?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) интернациональный дух российского образования, типичный для российского высшего образования</li> <li>2) верность принципу неразрывности</li> </ul>	2	ВК ТК ГИА	УК-1



	образования и науки, восходящему к 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-3
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-3
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-3
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-3
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-2
25.	СТИЛИ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ	1, 2, 3	ВК	УК-2

	<p>ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА ТРИ ОСНОВНЫХ ВИДА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) авторитарный</li> <li>2) демократический</li> <li>3) либерально-попустительский</li> <li>4) псевдодемократический</li> </ol>		<p>ТК ГИА</p>	
26.	<p>В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ РЕГУЛЯТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в выборе и применении форм, средств, методов, приемов контроля достижений и недоработок учащихся с целью корректировки их обучения и воспитания</li> <li>2) в обеспечении реального психологического контакта с учащимися, процесса познания, взаимопонимания, обмена материальными и духовными ценностями, развития познавательной направленности личности;</li> <li>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.</li> </ol>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	УК-3
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"> <li>1) внимание</li> <li>2) мышление</li> <li>3) этика</li> <li>4) логика</li> </ol>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	УК-3
28.	<p>ВЫСШАЯ ФОРМА МЫШЛЕНИЯ-ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) конкретизация</li> <li>2) анализ</li> <li>3) умозаключение</li> <li>4) понятие</li> </ol>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	УК-1
29.	<p>ОСНОВНАЯ ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ-ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) умение извлекать главное</li> <li>2) способность реагировать на внутренние и внешние действия</li> <li>3) склонность индивида к определённым психическим сознаниям</li> <li>4) умение анализировать любые проблемы, устанавливая логическую связь</li> </ol>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	УК-1
30.	<p>ДЛЯ РЕШЕНИЯ СЛОЖНОЙ</p>	3	<p>ВК</p>	УК-2

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

	<p>ВКЛЮЧЕНИЯ В ЭУМК АНИМАЦИИ, ВИДЕО И АУДИО ФРАГМЕНТОВ НАЗЫВАЕТСЯ:</p> <p>1) визуализация 2) актуализация 3) доступность 4) наглядность</p>		ГИА	
38.	<p>ДИДАКТИЧЕСКИМ ТРЕБОВАНИЕМ, КОТОРЫМ ДОЛЖЕН ОТВЕЧАТЬ ЭУМК ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) индивидуализация обучения 2) актуальность 3) доступность 4) наглядность</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1
39.	<p>КОЛИЧЕСТВО БЛОКОВ ВХОДЯЩИХ В СТРУКТУРУ ЭУМК:</p> <p>1) 5 2) 7 3) 4 4) 3</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1
40.	<p>СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ ОТНОСЯТСЯ К БЛОКУ:</p> <p>1) учебному 2) исследовательскому 3) входному 4) итоговому</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-1
41.	<p>ВОЗМОЖНОСТЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭУМК НА КОМПЬЮТЕРАХ С РАЗЛИЧНЫМИ АППАРАТНЫМИ КОНФИГУРАЦИЯМИ, СИСТЕМНЫМ ПРОГРАММНЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ОБУСЛАВЛИВАЕТСЯ:</p> <p>1) многоплатформенностью 2) простотой установки 3) удобством 4) простотой использования</p>	1	ВК ТК ГИА	УК-3
42.	<p>КРИТЕРИИ, НА ОСНОВАНИИ КОТОРЫХ ОЦЕНИВАЕТСЯ РАЗРАБОТАННЫЙ ПРОГРАММНЫЙ ПРОДУКТ, ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:</p> <p>1) количественные; 2) качественные; 3) уровень овладения интеллектуальными навыками 4) все ответы верны</p>	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-1, УК-2, УК-3, ПК-9
2.	Способность и готовность создавать образовательную среду в соответствии с требованиями высшего медицинского образования.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3, 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-1, УК-2, УК-3, ПК-9
4.	Понимать и уметь объяснять теоретические основы активных и интерактивных методов обучения.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3
5.	Разрабатывать сценарии занятия с использованием активных и интерактивных методов обучения.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3
6.	Оценивать эффективность учебного процесса с точки зрения достижения поставленных целей обучения.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3
7.	Способность и готовность обеспечивать качество подготовки специалистов для системы здравоохранения в соответствии с ФГОС.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9
8.	Способность и готовность проектировать и организовывать образовательный процесс в медицинском вузе.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9
9.	Понимать и уметь объяснять теоретические основы педагогических технологий.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3
10.	Разрабатывать план-конспект занятия.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3
11.	Оценивать эффективность учебного процесса с точки зрения достижения поставленных целей обучения.	ТК ГИА	УК-1, УК-3
12.	Реализовывать технологию проектного обучения в образовательном процессе.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3
13.	Разрабатывать примерную тематику проектов для студентов младших и старших курсов.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3
14.	Уметь проектировать педагогическое общение, владеть педагогической техникой	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3
15.	Определять стадии доверительных отношений.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3
16.	Установление доверительных отношений с партнером по общению.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9

17.	Способность и готовность формировать у студентов умения и навыки врачебной коммуникации.	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3
-----	--	-----------	------------------

### 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? 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>Зависит ли эффективность выполнения задания от возраста обучающихся или каких-либо еще факторов?</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-1, УК-2, УК-3
2	<p>При изучении биогеоценозов педагог выбирает несколько участков одинаковых биогеоценозов, которые находятся на разных стадиях рекреационной дигрессии: например, участок, расположенный в</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</p>	ТК ГИА	УК-1, УК-2, УК-3

<p>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»:</p> <p>картографы, геоморфологи, почвоведы, ботаники, зоологи. Каждому «специалисту» выдается инструкция, где обозначен учебный материал, который ученик должен повторить и изучить самостоятельно, перечислено оборудование, даны задания и вопросы. После этого все ученики самостоятельно обрабатывают полученные данные, выявляют причины дигрессии биогеоценозов, ищут способы, направленные на их восстановление. На уроке от каждой группы делается сообщение о результатах исследований, проходит обмен мнениями, формулируются выводы.</p> <p>1. Какие методы и средства обучения использованы педагогом?</p> <p>2. Раскройте логику развития творчества у студентов на данном занятии.</p> <p>Студенты в группах обсуждают решение какой-либо проблемы, предлагая все новые и новые способы</p>	<p>нескольких этапов:</p> <p>Распределение студентов на малые группы по пять человек: в студенческой группе из 30 человек получится шесть малых групп. Каждому студенту в каждой малой группе присваивается порядковый номер от одного до пяти.</p> <p>Приготовленный заранее текст разбит на пять смысловых частей. Каждый студент в малой группе получает свою часть текста, над которой работает в течение 15–20 минут.</p> <p>Все студенты малых групп, имеющие порядковый номер 1, собираются в свою новую малую группу, вторые номера – в свою, третьи – в свою и т. д. (получается пять новых малых групп по шесть человек).</p> <p>2. В новых малых группах студенты разбиваются по парам (получается три пары) и обсуждают содержание текста. В случае необходимости студенты могут обращаться за помощью к преподавателю-эксперту. Этот этап продолжается 10–15 минут.</p> <p>3. Следующие 15 минут, разбившись в новых малых группах по новым парам, студенты продумывают способ преподавания своей изученной части текста коллегам из первой малой группы.</p> <p>4. Студенты возвращаются в первоначальные малые группы и преподают своим коллегам материал.</p> <p>Проводится небольшой письменный тест или фронтальный опрос</p>		
--	---	--	--



	<p>решения.</p> <p>1. Какой метод обучения использован на этом занятии?</p> <p>2. Какие функции выполняет данный метод в учебном процессе?</p> <p>3. На каком этапе обучения целесообразно использовать данный метод?</p> <p>4. При каких условиях использование данного метода будет более эффективным? менее эффективным?</p>			
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»:</p> <p>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-1, УК-2, УК-3</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-1, 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-1, 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, УК-2, УК-3
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, УК-2, УК-3

	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-1, УК-2, УК-3
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-1, 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, УК-2, УК-3, ПК-9

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

## 10. Онкология

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

### Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>ДЛЯ РАКА ПЕДЖЕТА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ИЗ:</p> <p>1) альвеолярного эпителия 2) мышечной ткани 3) жировой ткани 4) соединительной ткани 5) переходного эпителия на границе протоков</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-5
2.	<p>БОЛЬНАЯ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>1) ia клинической группе 2) ib клинической группе 3) ii клинической группе 4) iii клинической группе 5) iv клинической группе</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-5 ПК-6
3.	<p>ОСНОВНОЙ МЕТОД СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 55 ЛЕТ</p> <p>1) маммография 2) пальпация молочной железы 3) УЗИ молочных желез 4) морфологический 5) компьютерная томография</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5 ПК-6
4.	<p>РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ ПО ХОЛСТЕДУ-МАЙЕРУ ЭТО</p> <p>1) секторальная резекция молочной железы 2) мастэктомия с удалением большой и малой грудных мышц и лимфаденэктомия 3) мастэктомия с сохранением грудных мышц и лимфаденэктомия 4) мастэктомия с удалением малой грудной мышцы и лимфаденэктомия 5) расширенная секторальная резекция молочной железы и лимфаденэктомия</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5 ПК-6
5.	<p>ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА РАКА ЛЕГКОГО</p> <p>1) табакокурение 2) злоупотребление алкоголем 3) производство асбеста 4) вирус папилломы человека 5) производство никеля</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1 ПК-5

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

### Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>Больной 58 лет. Обратилась к онкологу в связи с тем, что за последние шесть месяцев правая молочная железа уменьшилась в размере, стала плотной как "камень". Кроме того, четыре месяца назад появились резкие боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Анамнез: три месяца назад больная обратилась</p>	<p>Ответ 1: Рак молочной железы IV стадии.  Ответ 2: Маммография, ФЛГ, УЗИ органов брюшной полости, сцинтиграфия костей скелета, трепанбиопсия молочной железы.  Ответ 3: Диффузный рак молочной железы (панцирная форма).</p>	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-6

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



		послеоперационном периоде		
003	<p>Больной 48 лет. Жалуется на слизисто-кровянистые выделения после дефекации. Болен в течение 6 месяцев. Объективно: живот мягкий, безболезненный. При пальцевом исследовании прямой кишки на 5,0 см от анального кольца по правой боковой стенке имеется опухоль округлой формы с гладкой поверхностью, четкими контурами 2,5x2,5 см на широком основании.</p> <p>1. Диагноз? 2. Дифференциальная диагностика? 3. Объем оперативного лечения при подтверждении рака прямой кишки? 4. Выпишите рецепт на ангиопротектор(этамзилат) для уменьшения кровотечения из опухоли. 5. Вторичная профилактика рака прямой кишки?</p>	<p>Ответ 1: Аденоматозный кровотокающий полип. Ответ 2: Геморрой, ворсинчатая опухоль и рак прямой кишки. Ответ 3: Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Ответ 4: Rp.: Sol. Aetamsylati 12,5%-2 ml D.t.d.N.10 inamp. S. Вводить в мышцу 2 мл 2 раза в день. Ответ 5: Своевременная диагностика и лечение предраковых заболеваний прямой кишки (аденоматозные полипы, ворсинчатая опухоль, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, хронические парапроктиты со свищами и осложненным геморроем).</p>	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-5
004	<p>Пациентке 56 лет. В течение многих лет отмечает наличие "родинки" на коже левой щеки. Два месяца назад она стала увеличиваться в размерах, потемнела. Стоматолог по месту жительства удалил пигментную опухоль, при плановом гистологическом исследовании – внутридермальный невус. Через 3 месяца в области послеоперационного рубца появилось уплотнение темного цвета, в подчелюстной области пальпаторно определяется плотноэластический лимфатический узел диаметром до 1,5 см. При пересмотре гистологических препаратов в онкологическом центре –</p>	<p>Ответ 1: Меланома кожи правой щеки, состояние после нерадикальной операции, метастазы в лимфатические узлы шеи слева. 2: После удаления пигментного новообразования кожи не проводилось срочное гистологическое исследование, недооценка признаков малигнизации невуса. Ответ 3: Широкое иссечение послеоперационного рубца, фасциально-фулярное иссечение клетчатки с лимфатическими узлами на шее слева.</p>		ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

	<p>веретенноклеточная меланома, V уровень инвазии по Кларку.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз?</li> <li>2. Ошибки диагностики?</li> <li>3. Предполагаемый объем операции после лечения у стоматолога?</li> <li>4. Выпишите рецепт наантибактериальный препарат (цефтриаксон).</li> <li>5. Укажите вид профилактики в данном случае?</li> </ol>	<p>Ответ 4: Rp.: Ceftriaxonі 1,0 D.t.d.N.10 S. Содержимое флакона развести в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия, вводить внутривенно 1 раз в сутки.</p> <p>Ответ 5: Третичная профилактика.</p>		
--	---	--	--	--

## 11. Анестезиология и реаниматология

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

### Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	СИСТЕМНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ НЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ 1) гипоксии 2) добавлении вазоконстриктора 3) ацидозе 4) гипопроотеинемии 5) печеночной недостаточности	2	ВК ТК ГИА	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-12
3.	НАИБОЛЬШЕЙ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ 1) тиопентал 2) самбревин 3) калипсол 4) гексенал 5) диприван	3	ВК ТК ГИА	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-12
5.	СМЕСЬ 0,2% РОПИВАКАИНА С АДРЕНАЛИНОМ И ФЕНТАНИЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) смесь бревика 2) смесь сальникова 3) поляризирующая смесь 4) смесь петрова 5) не применяется в медицине	1	ВК ТК ГИА	ПК-3
6.	ДЕСФЛЮРАН ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ проведения	4	ВК ТК	ПК-12

	1) местной анестезии 2) спинальной анестезии 3) проводниковой анестезии 4) эндотрахеального наркоза 5) не применяется в анестезиологии		ГИА	
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

### 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>1. Что за состояние развилось у данного больного?</p> <p>2. Ваши действия в этой ситуации?</p>	<p>Ответ 1: У данного больного возникла остановка сердца.</p> <p>Ответ 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 дефибрилляция, 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 оговоренных ситуациях:</p>	ВК ТК ГИА	ПК-3, ПК-7, ПК-12

		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	<p>Молодой женщине планируется проведение экстренного кесарева сечения по поводу преэклампсии. Соматически здорова.</p> <p>1. Какой вид анестезии предпочтителен в данной ситуации?</p> <p>2. Почему?</p> <p>3. Какой вид анестезии можно было бы провести, если бы не было преэклампсии?</p>	<p>Ответ 1: Эндотрахеальный наркоз</p> <p>Ответ 2: Нестабильность витальных функций является противопоказанием для регионарной анестезии.</p> <p>Ответ 3: Спинальная или эпидуральная анестезия.</p>	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-3, ПК-7, ПК-12</p>
003	<p>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.</p> <p>1. Что необходимо сделать врачу-реаниматологу на этапе приемного отделения?</p> <p>2. Какой вид анестезии провести этому больному?</p> <p>3. Нужны ли в данном случае компоненты крови и СЗП?</p>	<p>Ответ 1: Произвести интубацию трахеи и катетеризацию центральной вены и мочевого пузыря. Начать противошоковую терапию.</p> <p>Ответ 2: Эндотрахеальный наркоз.</p> <p>Ответ 3: Да, компоненты крови и СЗП нужны, т.к., учитывая тяжесть травмы, больному потребуется коррекция кислородтранспортной функции крови</p>	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-3, ПК-7, ПК-12</p>

## 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
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-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-5
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-6
5.	<p>ПРИ КАКОЙ КРОВОПОТЕРЕ</p>	5	ВК	ПК-5

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

#### Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>Четыре месяца назад перелита кровь и плазма. У больного недомогание, желтушность покровов, кал белый, увеличена печень.</p> <p>1. Ваш диагноз? 2. Возможна ли связь болезни с трансфузией? 3. Как это проверить? 4. Нужно ли проводить</p>	<p>1) Диагноз: вирусный гепатит дифференцировать с калькулезным холециститом 2) Болезнь не связана с трансфузией 3) провести следующие лабораторные исследования: 1) кровь на</p>	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9</p>

	инструментальные аппаратные обследования?	или методы	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 4) провести УЗИ печени, фиброгастро- дуоденоскопию		
002	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, Ca - нижняя граница нормы:		1) У больной развилась гипوماгнемия 2) Длительное голодание и длительный прием салуретиков 3) Магний регулирует функцию нервной системы и мышечной ткани (обеспечивает расслабление скелетной мускулатуры и снижает тонус синусового узла проводящей системы сердца) 4) 1% магния (0,9 ммоль/л) содержится в сыворотке крови 5) Внутривенное введение 25% раствора сульфата магния 5-10 мл в сочетании с кальцием	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5, ПК-9
	1) Какие электролитные нарушения развились у больной? 2) Причины развития электролитных нарушений? 3) Функцию каких систем и тканей регулирует данный электролит? 4) Какой процент данного				



	элемента содержится в сыворотке крови? 5) Лечение данного состояния?			
--	--	--	--	--

### 13. Организация лекарственного обеспечения населения РФ

Коды формируемых компетенций: ПК-10

#### Тесты

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

<p>ОСТЬ, ХОЗЯЙСТВЕННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ НИМИ И ВНЕШНЕЙ СРЕДОЙ, АТАКЖЕ ОБЪЕКТЫ, ЯВЛЕНИЯ И ПРОЦЕССЫ, СОСТАВЛЯЮЩИЕ ОСНОВУ ИХДЕЯТЕЛЬНОСТИ 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>			
--	--	--	--

### 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"> <li>• Штамп медицинской организации (с указанием ее наименования, адреса и телефона)</li> <li>• Отметка категории пациента (детский, взрослый), его возраст (кол-во полных</li> </ul>	ТК	ПК-10

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

		<p>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 штамп ЛПУ, дата выписки рецепта, фамилия, имя,</p>	<p>ВК ТК ГИА</p>	<p>ПК-10</p>

		<p>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 5рецептов», ФИО врача и пациента указываются полностью. Все необходимые основные и дополнительные реквизиты имеются. 3) Предельно допустимое кол-во фенобарбитала для выписывания на один рецепт составляет 30 таблеток, следовательно, норма отпуска по одному рецепту для выписанного ЛС не превышена. 4) Срок действия рецепта 10 дней, согласно выписке, не истек.</p>		
--	--	--	--	--

## 14. Современные технологии управления в здравоохранении

Коды формируемых компетенций: ПК-10

### Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p><b>АВТОРИТЕТ РУКОВОДИТЕЛЯ ЗАВИСИТ:</b></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><b>ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ - ЭТО:</b></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><b>ВРЕМЕННОЙ ПРИНЦИП ЭЙЗЕНХАУЭРА РАСПРЕДЕЛЯЕТ ЗАДАЧИ ПОПРИОРИТЕТНОСТИ НА 4 ГРУППЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ:</b></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><b>ТЕОРИЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ" ОБЪЯСНЯЕТ МОТИВАЦИЮ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:</b></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.	<b>АВТОРИТЕТ - ЭТО</b> 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

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

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

	<p>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 ИМУЩЕСТВА ЗА ГОД НЕ</p>	3	ВК ТК	ПК-9

	<p>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 РЕАЛЬНОМВЫРАЖЕНИИ</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 СМЫСЛОТКЛАДЫВАТЬ ЧАСТЬ ДОХОДОВ В КАЧЕСТВЕ ФИНАНСОВОЙ ПОДУШКИБЕЗОПАСНОСТИ?</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 примене	Код формиру
---	--------------------	---------------	-----------------	-------------

			ния	емой компетенции
001	Вам предлагают на выбор работу в двух регионах. Все условия выглядят для вас одинаково, кроме инфляции и гарантированной ежегодной прибавки к зарплате. В первом регионе ежегодная инфляция составляет 8 % годовых, а ежегодное повышение зарплаты - 10 %. Во втором ежегодная инфляция составляет 2 % годовых, а ежегодное повышение зарплаты - 6 %. Рассчитайте, какой регион предпочтительнее для переезда с экономической точки зрения?	Второй регион выгоднее с экономической точки, так как темп прироста реального дохода выше во втором варианте (рассчитывается: темп прироста РДД = прирост заработной платы / прирост инфляции)	ВК ТК	ПК-9
002	Начислить оплату дней нетрудоспособности по больничному листу с 01.02.18 - 10.02.18 при условии: Работник работает у одного работодателя без перерыва в работе. Заработок работника за 2017 год, рублей 250 000 Заработок работника за 2016 год, рублей 300 000 Страховой стаж работника 6 лет	сумма начислений по «больничному листу» - 6 027,36 рублей	ВК ТК	ПК-9
003	Рассчитайте сумму остатка личных средств при условии, что на вашем сберегательном банковском счете лежит 100 000 рублей и банк ежегодно начисляет 10% на остаток по счету. Сколько денег будет на вашем счете через 2 года если все это время вы не будете снимать деньги со счета?	121000 рублей	ВК ТК	ПК-9
004	Гражданину А. в прошлом году была сделана операция на сердце, стоимостью 300 тысяч рублей, включенная в утвержденный Правительством РФ перечень медуслуг и отнесенная к числу дорогостоящих. Кроме того, А. оплачивал в течении года лечение ребенка, потратив на это 50 тысяч рублей и его обучение в	1: 420000 рублей 2: 54600 рублей	ВК ТК	ПК-9

	<p>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. Ювенильная гинекология

Коды формируемых компетенций: ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

### Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>ТАЗ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗМЕРАМИ 23-26-28-18СМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) простым плоским 2) плоскорихитическим 3) общеравномерносуженным 4) общесуженным плоским 5) поперечно-суженным</p>	3	ВК ТК	ПК-2
2.	<p>К ОСНОВНЫМ НАРУЖНЫМ РАЗМЕРАМ ТАЗА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) distantia spinarum 2) distantia cristarum 3) distantia trochanterica 4) conjugata vera 5) conjugata externa</p>	4	ВК ТК	ПК-3 ПК-5
3.	<p>АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ СЧИТАЕТСЯ ТАЗ, В КОТОРОМ ХОТЯ БЫ ОДИН ИЗ НАРУЖНЫХ РАЗМЕРОВ УМЕНЬШЕН НА</p> <p>1) 0,5 см 2) 1 см 3) 1-1,5 см 4) 1,5-2 см 5) 0,5-1 см</p>	4	ВК ТК	ПК-5
4.	<p>ТАЗ С НАРУЖНЫМИ РАЗМЕРАМИ 23-26-28-18СМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) простым плоским 2) плоскорихитическим 3) общеравномерносуженным 4) общесуженным плоским 5) поперечно-суженным</p>	3	ВК ТК	ПК-5
5.	<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>	4	ВК ТК	ПК-4
6.	<p>АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ СЧИТАЕТСЯ ТАЗ, В КОТОРОМ ХОТЯ БЫ ОДИН ИЗ НАРУЖНЫХ</p>	4	ВК ТК	ПК-5

РАЗМЕРОВ УМЕНЬШЕН НА			
1) 0,5 см			
2) 1-1,5 см			
3) 1см			
4) 1,5-2 см			
5) 0,5-1 см			

### Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>1. Больная 17 лет, поступила в стационар 15 июня на боли в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром 15 июня в левой подвздошной области затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя, нормальная менструация с 28 мая по 3 июня. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезнен в левой подвздошной области. Перитониальных симптомов нет. При бимануальном влагалищном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа не увеличены, безболезненные. Слева придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Своды свободные, глубокие. Задний и левый боковой свод умеренно болезнен. Диагноз? Дифференциальный диагноз? Методы обследования? Нужно ли проводить кульдоцентез? План ведения? УЗИ: Матка не увеличена (58x33x50) в правильном положении с четкими ровными контурами,</p>	<p>1) Апоплексия яичника. 2) Диф. диагностика: Внематочная беременность Острый сальпингоофорит Острый аппендицит 3) Дополнительные методы диагностики: УЗИ ОМТ Кровь на ХГ Пункция заднего свода ОАК, ОАМ Диагностическая лапароскопия 4) да 5) Тактика: Оперативное лечение. Эндоскопический доступ: выявление источника кровотечения, гемостаз с помощью электрокоагуляции, при неэффективности — наложение швов. При невозможности эндоскопическое.. доступа — лапаротомия. Выявление источника кровотечения, иссечение краев разрыва, ушивание разрыва яичника</p>	<p>ВК ТК</p>	<p>ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5</p>



	<p>однородной эхоструктуры. М-эхо — 7-8 мм, соответствует середине менструального цикла. Правый яичник 38/23 мм, не изменен, левый яичник 46×24 мм, незначительно увеличен, изменен за счет гипоехогенного включения несколько неоднородного с гиперэхогенными контурами (гематома?). В области левых придатков наличие свободной жидкости в умеренном количестве.</p> <p>1) Диагноз?  2) Диф. диагностика?  3) Дополнительные методы диагностики?  4) Возможна ли консервативная тактика?  5) Тактика?</p>		
--	---	--	--

## 17. Ювенильное акушерство

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-7

### Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	К ОСНОВНЫМ НАРУЖНЫМ РАЗМЕРАМ ТАЗА НЕ ОТНОСИТСЯ 1) distantia spinarum 2) distantia cristarum 3) distantia trochanterica 4) conjugata vera 5) conjugata externa	4	ВК ТК	ПК-3 ПК-5
2.	ТАЗ С НАРУЖНЫМИ РАЗМЕРАМИ 23-26-28-18СМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) простым плоским 2) плоскоррахитическим 3) общеравномерносуженным 4) общесуженным плоским 5) поперечно-суженным	3	ВК ТК	ПК-2
3.	АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ СЧИТАЕТСЯ ТАЗ, В КОТОРОМ ХОТЯ БЫ ОДИН ИЗ НАРУЖНЫХ РАЗМЕРОВ УМЕНЬШЕН НА 1) 0,5 см 2) 1 см 3) 1-1,5 см 4) 1,5-2 см 5) 0,5-1 см	4	ВК ТК	ПК-5
4.	ТАЗ С НАРУЖНЫМИ РАЗМЕРАМИ 23-26-28-18СМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) простым плоским 2) плоскоррахитическим 3) общеравномерносуженным 4) общесуженным плоским 5) поперечно-суженным	3	ВК ТК	ПК-5
5.	АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ СЧИТАЕТСЯ ТАЗ, В КОТОРОМ ХОТЯ БЫ ОДИН ИЗ НАРУЖНЫХ РАЗМЕРОВ УМЕНЬШЕН НА 1) 0,5 см 2) 1 см 3) 1-1,5 см 4) 1,5-2 см 5) 0,5-1 см	4	ВК ТК	ПК-5
6.	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ЗРАЧКА В СЕРЕДИНЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ	4	ВК ТК	ПК-4

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			
--	--	--	--

### Ситуационные задачи

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
001	<p>В ОПБ поступила по направлению ЖК первобеременная 18 лет при сроке гестации 28-29 нед. Жалоб при поступлении не предъявляет. Из д-книжки — в анализах мочи — Л-10-1244 в п/зр., Эр-0 в п/зр, бактерии- +++++. Со слов беременной, заболеваний почек в анамнезе нет. КТГ: базальный ритм ЧСП -145 уд/мин амплитуда асцидлий — 6 — 9 уд/мин частота осцилляции — более 6 в мин акцелераций — 3 децелерации — нет НСТ — реактивный УЗИ: Плод один в головном предлежании без видимых аномалий развития, размеры соответствуют 28 — 29 неделям беременности, С/б (+), Дв (+) &gt; 3, ДЦ (+) &lt; 30% ПМП — 1250 гр. Легкие плода «переходные». Плацента сзади I степени зрелости. Вод норма. Биофизический профиль плода 8 баллов. УЗИ почек: Почки расположены в типичном месте с четкими ровными контурами. Правая почка: 105×49 мм, паренхима — 18 мм, однородная, лоханка — 17 мм. Левая почка: 100×47 мм, паренхима — 17 мм, однородная, ЧЛК не расширен. Общий анализ мочи: Уд. вес — 1012, цвет — соломенно — желтый, Л — 18 — 24 в п/зр., Эр</p>	<p>1) Предварительный диагноз. Беременность I 28 — 29 недель. Бактериурия. Гестационный пиелонефрит?</p> <p>2) Необходимые методы обследования и их цель: Общий анализ мочи в двух последовательных пробах или однократно катетером. При исследовании мочи, собранной без катетеризации — предварительно необходимо провести тщательный туалет наружных половых органов. Анализ мочи по Нечипоренко позволяет провести количественный анализ осадка мочи и выявить лейкоцитурию и определить наличие бактериурии. Культуральное исследование мочи позволяет определить бактериурию превышающую 100 или более тысяч микроорганизмов в 1 мл мочи, идентифицировать возбудителя и определить чувствительность</p>	<p>ВК ТК</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-7</p>

	<p>— 5 — 7 в п/зр., бактерии — +++++, белок — нет. Задание к ситуационной задаче по акушерству</p> <p>1. Предварительный диагноз. 2. Необходимые методы обследования и их цель. 3. Дальнейшая тактика ведения беременной.</p> <p>4. Влияние на плод и оценка внутриутробного состояния плода.</p> <p>5. Возможные осложнения беременности.</p>	<p>микробной флоры к антибиотикам и антибактериальным препаратам.</p> <p>Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря применяется широко у беременных с инфекцией мочевыводящих путей, при этом возможно выявление структурных изменений почек, расширение ЧЛК (преимущественно справа), аномалии строения почек, наличие взвеси в мочевом пузыре. Таким образом, основная цель различных методов исследования — определение источника и возбудителя инфекционного процесса мочевыводящих путей, установление тяжести течения и основного клинического диагноза, что позволяет выбрать правильную тактику лечения, дальнейшего наблюдения за течением беременности.</p> <p>3) Дальнейшая тактика ведения беременной: Рекомендуется назначать лечение на основании чувствительности выявленных в моче микроорганизмов к антибиотикам. При отсутствии результатов бак. посева -короткий курс лечения амоксициллином по 250 — 500 мг через 8 часов 3 суток, цефалоспоридами (цефтибутен 400 мг через 24 часа, цефалексин 250 - 500 мг через 6 часов 3</p>	
--	--	---	--

		<p>суток) или нитрофуранами (нитрофурантоин по 100 мг через 6 часов 3 суток), растительные уросептики. Контроль анализов мочи.</p> <p>4) Влияние на плод и оценка внутриутробного состояния плода. Развитие и состояние плода оценивают по данным УЗИ (фетометрия, биофизический профиль плода), КТГ.</p> <p>Бессимптомная бактериурия и «немой» пиелонефрит не оказывают прямого влияния на развитие и состояние плода при условии их своевременного выявления и лечения.</p> <p>5) Возможные осложнения беременности: При отсутствии лечения возможно развитие острого пиелонефрита. Беременные имеют повышенную частоту абортов и мертворождений. Уровень неонатальной смертности и недонашивания повышается в 2-3 раза.</p>		
--	--	---	--	--