

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

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

ПСИХИАТРИЯ

Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и
промежуточной и итоговой аттестации обучающихся
по специальности 31.08.20 - Психиатрия

Красноярск
2018

Составители: д-р мед. наук, доц. М. А. Березовская ; канд. мед. наук, доц. Ю. А. Пичугина; канд. мед. наук, доц. Ю. У. Арапиев; асс. И. В. Максимова; асс. Н. А. Афанасьева

31.08.20 - Психиатрия: фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по 31.08.20 - Психиатрия/ сост д-р мед. наук, доц. М. А. Березовская ; канд. мед. наук, доц. Ю. А. Пичугина; канд. мед. наук, доц. Ю. У. Арапиев; асс. И. В. Максимова; асс. Н. А. Афанасьева. – 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 31.08.20 - Психиатрия, 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. Психиатрия
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. Неврология
13. Организация лекарственного обеспечения населения РФ
14. Современные технологии управления в здравоохранении
15. Финансовая культура и грамотность
16. Психотерапия
17. Сексопатология

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ

1. Критерии оценки для оценочного средства: Тесты

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

2. Критерии оценки для оценочного средства: Практические навыки

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

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

3. Критерии оценки для оценочного средства: Ситуационные задачи

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

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

1. Психиатрия

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
001	ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РФ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО 1. добровольно 2. по просьбе родственников больного 3. по решению суда 4. по требованию органов правопорядка	1	ВК ТК ГИА	УК 3
002	ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ 1. при наличии сопутствующей соматической патологии 2. по заявлению органов правопорядка 3. при его непосредственной опасности для себя или окружающих 4. при наличии инвалидности по психическому заболеванию	3	ВК ТК ГИА	УК 1, УК 3
003	ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ВЗРОСЛОГО БОЛЬНОГО В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ДОПУСТИМЫ ПРИ 1. невменяемости больного 2. отказе от добровольного лечения 3. наличии социальной опасности больного 4. согласия ближайших родственников	3	ВК ТК ГИА	ПК 1, УК 3
004	ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ 1. по решению органов опеки и попечительства 2. при беспомощности больного 3. при недееспособности больного 4. по заявлению родственников	2	ВК ТК ГИА	ПК 1, УК 3
005	ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ К	4	ВК ТК ГИА	УК 3, ПК 10

	<p>НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН КОМИССИЕЙ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ В ТЕЧЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 часов 2. 12 часов 3. 24 часов 4. 48 часов 			
006	<p>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ПСИХИАТРИИ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. годности к военной службе 2. нетрудоспособности 3. невменяемости 4. недееспособности 	2	ВК ТК ГИА	ПК 2, ПК 10
007	<p>СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. признании брака недействительным 2. лишении родительских прав 3. вменяемости или невменяемости лица в момент совершения деликта 4. признании недействительной сделки, совершенной недееспособным лицом 	3	ВК ТК ГИА	ПК 2
008	<p>СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О (О2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гражданской недееспособности лица и назначении над ним опеки 2. ответственности лица, совершившего преступление в состоянии опьянения 3. назначении принудительных мер медицинского характера 4. освобождении от наказания в связи с болезнью 	1	ВК ТК ГИА	ПК 2
009	<p>СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ЧЕЛОВЕК НЕ МОЖЕТ ОСОЗНАВАТЬ ФАКТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР И ОБЩЕСТВЕННУЮ ОПАСНОСТЬ СВОИХ ДЕЙСТВИЙ (БЕЗДЕЙСТВИЯ) И/ИЛИ РУКОВОДИТЬ ИМИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ, НАЗЫВАЕТСЯ</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК 2

	1. инвалидность 2. невменяемость 3. недееспособность 4. слабоумие			
010	ПОНЯТИЕ «НЕВМЕНЯЕМОСТЬ» ВКЛЮЧАЕТ КРИТЕРИИ 1. медицинский и психологический 2. медицинский и социальный 3. медицинский и юридический 4. юридический и психологический	3	ВК ТК ГИА	ПК 2
011	НЕСПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА ИСПОЛЬЗОВАТЬ СВОИ ПРАВА И СВОБОДЫ, ВЫПОЛНЯТЬ СВОИ ГРАЖДАНСКИЕ ОБЯЗАННОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ НАЗЫВАЕТСЯ 1. недееспособность 2. невменяемость 3. деменция 4. инвалидность	1	ВК ТК ГИА	УК 1
012	ЛИЦО, СТРАДАЮЩЕЕ ХРОНИЧЕСКИМ ПСИХИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ И СОВЕРШИВШЕЕ УГОЛОВНОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ, ПРИЗНАЕТСЯ СУДОМ 1. вменяемым в случае совершения особо опасного преступления 2. ограниченно вменяемым 3. временно невменяемым до улучшения состояния 4. невменяемым во всех случаях	4	ВК ТК ГИА	УК 1
013	ЛИЦО, ПРИЗНАННОЕ НЕВМЕНЯЕМОМ В ОТНОШЕНИИ СОВЕРШЕННОГО ИМ ДЕЯНИЯ 1. привлекается к ответственности по общим правилам 2. имеет право на сокращение сроков наказания 3. не подлежит привлечению к уголовной ответственности 4. отбывает наказание в специализированном учреждении	3	ВК ТК ГИА	ПК 2
014	ЛИЦО, НАХОДЯЩЕЕСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. недееспособным 2. ограниченно дееспособным	4	ВК ТК ГИА	ПК 2

	3. дееспособным при отсутствии инвалидности 4. дееспособным, пока обратного не установил суд			
015	В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ УТРАТЕ СПОСОБНОСТИ ПОНИМАТЬ ЗНАЧЕНИЕ СВОИХ ДЕЙСТВИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЦО ПРИЗНАЕТСЯ 1. неправоеспособным 2. недееспособным 3. ограниченно дееспособным 4. ограниченно вменяемым	2	ВК ТК ГИА	ПК 2
016	ДИССИМУЛЯЦИЯ – ЭТО 1. намеренное приуменьшение тяжести болезни 2. невольное приуменьшение тяжести болезни 3. отрицание болезни 4. намеренное преувеличение тяжести болезни	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
017	АНОЗОГНОЗИЯ – ЭТО 1. намеренное преувеличение тяжести болезни 2. невольное преувеличение тяжести болезни 3. отрицание болезни 4. намеренное приуменьшение тяжести болезни	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
018	ПРОВЕДЕНИЕ ЭЭГ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ 1. шизофрении 2. эпилепсии 3. деменции 4. умственной отсталости	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
019	ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ 1. психогенного расстройства 2. эндогенного заболевания 3. органического психического расстройства 4. любого психического расстройства	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
020	ЭМБРИОПАТИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ 1. неблагоприятной наследственностью 2. родовой травмой 3. внутриутробным поражением плода 4. наличием эндокринного	3	ВК ТК ГИА	УК 1

	заболевания			
021	<p>КОНКОРДАНТНОСТЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У МОНОЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ</p> <p>1. достигает 90-100%</p> <p>2. зависит от пола</p> <p>3. зависит от возраста начала заболевания</p> <p>4. составляет 40-60%</p>	4	ВК ТК ГИА	УК 1
022	<p>СОСТОЯНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ СВЯЗАНО С</p> <p>1. избытком ГАМК</p> <p>2. дефицитом серотонина</p> <p>3. дефицитом глутамата</p> <p>4. избытком дофамина</p>	2	ВК ТК ГИА	УК 1
023	<p>ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ</p> <p>1. повышает адаптацию человека</p> <p>2. извращает адаптацию человека</p> <p>3. понижает адаптацию человека</p> <p>4. на адаптацию не влияет</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
024	<p>ПСИХОГЕННАЯ АМНЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕРОМ ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА</p> <p>1. регрессии</p> <p>2. вытеснения</p> <p>3. гиперкомпенсации</p> <p>4. сублимации</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
025	<p>ИСТЕРИЧЕСКИЕ ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИМЕРОМ ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА</p> <p>1. расщепления</p> <p>2. избегания</p> <p>3. отреагирования</p> <p>4. конверсии</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
026	<p>ПУБЕРТАТНОМУ КРИЗУ СООТВЕТСТВУЕТ ВЫСОКАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ</p> <p>1. эпилепсии</p> <p>2. хореи Гентингтона</p> <p>3. дисморфомании</p> <p>4. биполярного аффективного расстройства</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
027	<p>ПАРОКСИЗМАЛЬНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ СВОЙСТВОМ ВСЕХ ПРОДУКТИВНЫХ СИМПТОМОВ</p> <p>1. эпилепсии</p> <p>2. шизофрении</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5

	3. истерии 4. неврастении			
028	СВЯЗЬ СИМПТОМОВ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ, ИХ НАПРАВЛЕННОСТЬ НА ЗРИТЕЛЕЙ, ПОДВЕРЖЕННОСТЬ САМОВНУШЕНИЮ НАЗЫВАЕТСЯ 1. пароксизмальность 2. демонстративность 3. дисморфомания 4. деперсонализация	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
029	СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТ 1. причину болезни 2. прогрессивность заболевания 3. прогноз 4. текущее состояние	4	ВК ТК ГИА	УК 1
030	ОТСУТСТВИЕ КРИТИКИ К БОЛЕЗНЕННОМУ СОСТОЯНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ 1. пароксизмальности 2. невроза 3. депрессии 4. психоза	4	ВК ТК ГИА	УК 1
031	НЕОБРАТИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ РАССТРОЙСТВА 1. невротические 2. психотические 3. негативные 4. продуктивные	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
032	НАРАСТАНИЕ ПРОДУКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О (ОБ) 1. остроте заболевания 2. хронификации заболевания 3. необратимости процесса 4. злокачественном течении болезни	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
033	НАИБОЛЬШИМ РАЗНООБРАЗИЕМ СИМПТОМАТИКИ ОТЛИЧАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА 1. умственной отсталости 2. аффективных расстройств 3. шизофрении 4. органических заболеваний головного мозга	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
034	НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМИ СЧИТАЮТСЯ СИМПТОМЫ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ РЕГИСТРУ РАССТРОЙСТВ 1. астенических	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

	2. аффективных 3. кататонических 4. психоорганических			
035	ОТРАЖЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ПРЕДМЕТОВ И ЯВЛЕНИЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ИХ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ОРГАНЫ ЧУВСТВ – ЭТО 1. ощущение 2. восприятие 3. представление 4. ассоциация	1	ВК ТК ГИА	УК 1
036	ВОСПРИЯТИЕ – ЭТО 1. отражение отдельных свойств предметов и явлений действительности при их непосредственном воздействии на органы чувств 2. целостное отражение предметов и явлений действительности при их непосредственном воздействии на органы чувств 3. образ ранее воспринятого предмета 4. искаженное отражение отдельных свойств предметов и явлений действительности	2	ВК ТК ГИА	УК 1
037	УСИЛЕНИЕ ВОСПРИИМЧИВОСТИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЫЧНЫХ ИЛИ СЛАБЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ ЗА СЧЕТ ПОНИЖЕНИЯ ПОРОГА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ 1. гиперестезия 2. гипестезия 3. сенестопатия 4. парестезия	1	ВК ТК ГИА	УК 1
038	ИСКАЖЕННОЕ ВОСПРИЯТИЕ РЕАЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРЕДМЕТОВ НАЗЫВАЕТСЯ 1. парестезия 2. иллюзия 3. галлюцинация 4. психосенсорное расстройство	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
039	АФФЕКТОГЕННЫЕ ИЛЛЮЗИИ ВОЗНИКАЮТ 1. перед засыпанием 2. при просыпании 3. под влиянием чрезвычайной тревоги и чувства страха 4. у людей со сниженным слухом или	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	зрением			
040	<p>РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ В ВИДЕ ОБРАЗОВ И ПРЕДСТАВЛЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ БЕЗ РЕАЛЬНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ, НО ВОСПРИНИМАЮЩИХСЯ КАК РЕАЛЬНОСТЬ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. галлюцинации 2. психосенсорные расстройства 3. сенестопатии 4. представления 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
041	<p>ГАЛЛЮЦИНАЦИИ УГРОЖАЮЩЕГО СОДЕРЖАНИЯ УКАЗЫВАЮТ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. параноидный сдвиг настроения 2. состояние нарушенного сознания 3. маниакальное состояние 4. депрессию 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
042	<p>СЦЕНОПОДОБНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. аутоагрессивного поведения 2. депрессивного расстройства 3. помрачения сознания 4. деменции 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
043	<p>ПРИЗНАКОМ ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. проекция галлюцинаторных образов в реальном поле зрения 2. проекция галлюцинаторных образов вне реального поля зрения 3. искаженное восприятие реально существующих предметов и явлений 4. искаженное восприятие собственной личности 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
044	<p>ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального раздражителя 2. отражение отдельных свойств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств 3. следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании при отсутствии самого объекта 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

	4. искаженное восприятие с сохранением узнавания воспринимаемого объекта			
045	НАРУШЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ ОКРУЖАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА, ФОРМЫ И РАЗМЕРА ПРЕДМЕТОВ, РАССТОЯНИЯ И ВРЕМЕНИ НАЗЫВАЕТСЯ 1. деперсонализация 2. дереализация 3. функциональная галлюцинация 4. иллюзия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
046	ИСКАЖЕННОЕ ВОСПРИЯТИЕ СОБСТВЕННОЙ ЛИЧНОСТИ В ЦЕЛОМ, ОТДЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ, А ТАКЖЕ ЧАСТЕЙ ТЕЛА – ЭТО 1. деперсонализация 2. дереализация 3. сенестопатия 4. псевдогаллюцинация	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
047	КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ПРИСТУПЫ С ЧУВСТВОМ УЖЕ ВИДЕННОГО (DÉJÀ VU) ИЛИ НИКОГДА НЕ ВИДЕННОГО (JAMAIS VU) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1. деменции 2. шизофрении 3. эпилепсии 4. депрессии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
048	ПСИХОГЕННЫЕ БОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ 1. истерии 2. мании 3. неврастении 4. умственной отсталости	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
049	ДЛЯ ДЕПРЕССИИ ХАРАКТЕРНА 1. анестезия 2. гипестезия 3. гиперестезия 4. парестезия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
050	ОСОБУЮ ОПАСНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЮТ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ 1. функциональные 2. висцеральные 3. комментирующие 4. императивные	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
051	ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ ПРИ 1. шизофрении	2	ВК ТК ГИА	ПК 5

	2. делирии 3. психопатии 4. нервной анорексии			
052	ОЩУЩЕНИЕ, ЧТО ОКРУЖАЮЩИЙ МИР ПОВЕРНУЛСЯ НА 180 ГРАДУСОВ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. галлюцинозом 2. деперсонализацией 3. психосенсорным расстройством 4. иллюзией	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
053	ПРИ ВЕРБАЛЬНОМ ГАЛЛЮЦИНОЗЕ СОЗНАНИЕ 1. выключено 2. помрачено 3. аффективно сужено 4. не нарушено	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
054	ДВОЙСТВЕННАЯ ОРИЕНТИРОВКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1. делирия 2. онейроида 3. сумеречного помрачения сознания 4. аменции	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
055	ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ В РАМКАХ СИНДРОМА 1. астенического 2. ипохондрического 3. галлюцинаторного 4. параноидного	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
056	ПРОЦЕСС УСТАНОВЛЕНИЯ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ПРЕДМЕТАМИ И ЯВЛЕНИЯМИ ОКРУЖАЮЩЕГО МИРА – ЭТО 1. память 2. мышление 3. интеллект 4. сознание	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
057	ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТОЯТЕЛЬНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1. маниакального состояния 2. органического заболевания головного мозга 3. посттравматического стрессового расстройства 4. параноидной шизофрении	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
058	ПОЛНАЯ УТРАТА СМЫСЛА ВЫСКАЗЫВАНИЙ ПРИ СОХРАННОСТИ ГРАММАТИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

	РЕЧИ НАЗЫВАЕТСЯ 1. бессвязность мышления 2. патологическая вязкость мышления 3. персеверация 4. разорванность мышления			
059	МЕНТИЗМ – ЭТО 1. замедление мышления 2. речевые стереотипии 3. наплыв мыслей помимо воли больного 4. нецеленаправленность мышления	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
060	РЕЗОНЕРСТВО – ЭТО УТРАТА СПОСОБНОСТИ К 1. абстрактному мышлению 2. целенаправленному мышлению 3. концентрации внимания 4. осознанию болезни	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
061	РЕЧЕВЫЕ СТЕРЕОТИПИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1. расстройства сознания 2. параноидного синдрома 3. гебефрении 4. кататонического синдрома	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
062	НОВЫЕ СЛОВА, ПОНЯТНЫЕ ТОЛЬКО БОЛЬНОМУ ИЛИ ВООБЩЕ НЕ ИМЕЮЩИЕ СМЫСЛА, НАЗЫВАЮТСЯ 1. неологизмы 2. бредовые идеи 3. сверхценные идеи 4. навязчивости	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
063	ЛОЖНЫЕ УМОЗАКЛЮЧЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ БОЛЕЗНЕННОГО ПРОЦЕССА, ОВЛАДЕВАЮЩИЕ СОЗНАНИЕМ БОЛЬНОГО И НЕ ПОДДАЮЩИЕСЯ РАЗУБЕЖДЕНИЮ, НАЗЫВАЮТСЯ 1. навязчивости 2. парейдолии 3. бред 4. сенестопатии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
064	ДЕПРЕССИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ БРЕДОВЫЕ ИДЕИ 1. изобретательства 2. преследования 3. самообвинения 4. инсценировки	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
065	К ЭКСПАНСИВНЫМ ОТНОСЯТСЯ БРЕДОВЫЕ ИДЕИ 1. особого значения	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

	2. сутяжничества 3. физического воздействия 4. высокого происхождения			
066	ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ 1. ментизм 2. резонерство 3. разорванность мышления 4. аутистическое мышление	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
067	ДЛЯ ИНВОЛЮЦИОННОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫ БРЕДОВЫЕ ИДЕИ 1. реформаторства 2. изобретательства 3. материального ущерба 4. высокого происхождения	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
068	БРЕД, ВОЗНИКАЮЩИЙ НА ФОНЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ, ИЛЛЮЗИЙ И ДЕРЕАЛИЗАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. систематизированным 2. чувственным 3. интерпретативным 4. парафренным	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
069	МЕГАЛОМАНИЧЕСКИЙ ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ НИГИЛИСТИЧЕСКИЙ БРЕД ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА 1. Котара 2. Капгра 3. Фреголи 4. Корсакова	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
070	СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ С 1. депрессивным бредом 2. контрастными навязчивостями 3. бредом величия 4. дисморфофобией	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
071	СТРАХ ОТКРЫТЫХ ПРОСТРАНСТВ И ТОЛПЫ НАЗЫВАЕТСЯ 1. клаустрофобия 2. танатофобия 3. ксенофобия 4. агорафобия	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
072	ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО ЯВЛЯЕТСЯ 1. метафизическая интоксикация 2. симптом открытости мыслей 3. нарушение сознания	2	ВК ТК ГИА	ПК 5

	4. эхолалия			
073	ВАРИАНТОМ ИДЕАТОРНОГО АВТОМАТИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ 1. вербальные псевдогаллюцинации 2. вербигерации 3. персеверации 4. психосенсорные расстройства	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
074	ВАРИАНТОМ СЕНСОРНОГО АВТОМАТИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ 1. истинные галлюцинации 2. иллюзии 3. сенестопатии 4. стереотипии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
075	СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1. гневливой мании 2. параноидной шизофрении 3. инволюционной депрессии 4. генуинной эпилепсии	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
076	ЗАВЕРШАЮЩИМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРЕДА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ 1. паранойяльный 2. параноидный 3. парафренный 4. гебефренный	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
077	ДЛЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО БРЕДА ХАРАКТЕРНО 1. развитие на фоне выраженных аффективных расстройств 2. полное сохранение критики на всем протяжении болезни 3. появление симптомов «уже виденного» и «никогда не виденного» 4. сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
078	ПАРАМНЕЗИИ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ СИНДРОМА 1. галлюцинаторного 2. кататонического 3. психоорганического 4. параноидного	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
079	ОСЛАБЛЕНИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ СПОСОБНОСТИ ЗАПОМИНАТЬ ТЕКУЩИЕ СОБЫТИЯ НАЗЫВАЕТСЯ 1. фиксационная амнезия 2. прогрессирующая амнезия 3. парамнезия 4. псевдореминисценция	1	ВК ТК ГИА	ПК 5

080	<p>ОБЩЕЕ ОСЛАБЛЕНИЕ ПАМЯТИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. амнезия 2. гипомнезия 3. гипермнезия 4. криптомнезия 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
081	<p>НЕВОЗМОЖНОСТЬ ВСПОМНИТЬ СОБЫТИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ, НАЗЫВАЕТСЯ АМНЕЗИЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антероградной 2. конградской 3. ретроградной 4. фиксационной 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
082	<p>ПАЛИМПСЕСТ ЯВЛЯЕТСЯ ВАРИАНТОМ АМНЕЗИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антероградной 2. конградской 3. ретроградной 4. фиксационной 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
083	<p>ПРИ ТИПИЧНОМ КОРСАКОВСКОМ СИНДРОМЕ СПОСОБНОСТЬ К АБСТРАКТНОМУ МЫШЛЕНИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сохранена 2. значительно снижена 3. утрачивается по мере прогрессирования заболевания 4. полностью утрачена 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
084	<p>НЕДОРАЗВИТИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЧИН, СУЩЕСТВОВАВШИХ ДО РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА ИЛИ ПОДЕЙСТВОВАВШИХ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЕГО ЖИЗНИ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. деменция 2. лакунарное слабоумие 3. синдром снижения интеллекта 4. олигофрения 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
085	<p>НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКАЯ СТЕПЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дебильность 2. имбецильность 3. идиотия 4. олигофазия 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
086	<p>ДЛЯ ДЕБИЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. хорошо развитое абстрактное мышление 2. значительное снижение памяти 3. недоразвитие речи 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

	4. конкретно-ситуационное мышление			
087	<p>ДЛЯ ИМБЕЦИЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>1. достаточно развитое абстрактное мышление 2. отсутствие абстрактного мышления 3. полноценная фразовая речь 4. высокая способность к подражанию</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
088	<p>БОЛЬНЫЕ С ДЕБИЛЬНОСТЬЮ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОЖИВАЮТ И ВОСПИТЫВАЮТСЯ В</p> <p>1. собственной семье 2. психиатрических больницах 3. интернатах для психохроников 4. специализированных домах-интернатах</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
089	<p>ПОТЕРЯ НАКОПЛЕННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ И ЗНАНИЙ, ОБЩЕЕ СНИЖЕНИЕ ПРОДУКТИВНОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ</p> <p>1. деменции 2. шизофрении 3. умственной отсталости 4. посттравматического стрессового расстройства</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
090	<p>ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗВИВАЕТСЯ ДЕМЕНЦИЯ</p> <p>1. тотальная 2. лакунарная 3. концентрическая 4. амнестическая</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
091	<p>ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ЛАКУНАРНОМ СЛАБОУМИИ</p> <p>1. отсутствуют 2. проявляются апатией и абулией 3. проявляются заострением прежних личностных черт 4. достигают степени распада «ядра личности»</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
092	<p>ТИПИЧНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛАКУНАРНОГО СЛАБОУМИЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1. опухоли лобных долей головного мозга</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК 5

	2. диффузные ангиопатии 3. локальные инсульты 4. интоксикации			
093	ТИПИЧНОЙ ПРИЧИНОЙ ТОТАЛЬНОГО СЛАБОУМИЯ ЯВЛЯЮТСЯ 1.повторные сотрясения мозга 2.опухоли головного мозга 3. нейроинфекции 4. дегенеративные заболевания головного мозга	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
094	ТИПИЧНОЙ ПРИЧИНОЙ ТОТАЛЬНОГО СЛАБОУМИЯ ЯВЛЯЮТСЯ 1. гипотимия 2. фрустрация 3. лабильность 4. ригидность	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
095	СТОЙКОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ НАСТРОЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ 1. экстаз 2. аффект 3. гипертимия 4. амбивалентность	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
096	ДИСФОРΙΑ – ЭТО 1. внезапно возникающее тоскливо- злое настроение 2. стойкое болезненное повышение настроения 3. резкое снижение выраженности эмоций 4. одновременное сосуществование взаимоисключающих эмоций	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
097	ДИСФОРΙΑ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1. шизофрении 2. эпилепсии 3. болезни Альцгеймера 4. умственной отсталости	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
098	ОБЩЕЕ СНИЖЕНИЕ ВОЛИ И ВЛЕЧЕНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ 1. гипербулия 2. гипобулия 3. парабулия 4. абулия	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
099	БУЛИМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ 1. гипербулии 2. гипобулии	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	3. парабулии 4. абулии			
100	ЭЙФОРИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ 1. гиперактивностью 2. сентиментальностью 3. благодушием 4. слабодушием	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
101	СТРЕМЛЕНИЕ К БРОДЯЖНИЧЕСТВУ НАЗЫВАЕТСЯ 1. дромомания 2. пиромания 3. клептомания 4. дипсомания	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
102	ГЕМБЛИНГ – ЭТО СТРЕМЛЕНИЕ К 1. воровству 2. поджогам 3. бродяжничеству 4. азартным играм	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
103	ПОСТУПКИ, СОВЕРШАЕМЫЕ ЧЕЛОВЕКОМ НЕМЕДЛЕННО, КАК ТОЛЬКО ВОЗНИКАЕТ БОЛЕЗНЕННОЕ ВЛЕЧЕНИЕ, МИНУЯ ЭТАП БОРЬБЫ МОТИВОВ И ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ, НАЗЫВАЮТСЯ 1. импульсивными 2. компульсивными 3. обсессивными 4. навязчивыми	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
104	ГИПОТИМИЯ, АССОЦИАТИВНАЯ И ДВИГАТЕЛЬНАЯ ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1. дисфории 2. депрессивного синдрома 3. апато-абулического синдрома 4. обсессивно-компульсивного синдрома	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
105	СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ ИЛИ БРЕД ВЕЛИЧИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА 1. апато-абулического 2. депрессивного 3. маниакального 4. кататонического	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
106	ЛАРВИРОВАННОЙ НАЗЫВАЕТСЯ ДЕПРЕССИЯ, КОТОРАЯ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

	<ul style="list-style-type: none"> 1. ангедонией 2. возбуждением 3. ступором 4. соматическими расстройствами 			
107	<p>К ДЕПРЕССИВНОМУ БРЕДУ ОТНОСЯТСЯ ИДЕИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. ревности 2. изобретательства 3. самообвинения 4. высокого происхождения 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
108	<p>К ЭКСПАНСИВНОМУ БРЕДУ ОТНОСЯТСЯ ИДЕИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. виновности 2. отравления 3. преследования 4. величия 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
109	<p>НА ВЫСОКИЙ РИСК СУИЦИДА ПРИ ДЕПРЕССИИ УКАЗЫВАЮТ БРЕДОВЫЕ ИДЕИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. самообвинения и самоуничижения 2. ревности 3. преследования 4. реформаторства 	1	ВК ТК ГИА	ПК 1
110	<p>ПОВЫШЕНИЕ НАСТРОЕНИЯ, УСКОРЕНИЕ МЫШЛЕНИЯ И ДВИГАТЕЛЬНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. ипохондрического 2. маниакального 3. субдепрессивного 4. обсессивного 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
111	<p>ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АФФЕКТ ВОЗНИКАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. при ясном сознании 2. у лиц в алкогольном опьянении 3. у лиц в наркотическом опьянении 4. на фоне помраченного сознания 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
112	<p>СОСТОЯНИЕ ОБЕЗДВИЖЕННОСТИ, КРАЙНЯЯ СТЕПЕНЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ЗАТОРМОЖЕННОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. ступор 2. каталепсия 3. негативизм 4. мутизм 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
113	<p>СИМПТОМ ВОЗДУШНОЙ ПОДУШКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. кататонического 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5

	2. параноидного 3. парафренного 4. паранойального			
114	ПОЛНОЕ МОЛЧАНИЕ БОЛЬНОГО НАЗЫВАЕТСЯ 1. негативизм 2. каталепсия 3. мутизм 4. импульсивность	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
115	БЕССМЫСЛЕННОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, ДУРАШЛИВОСТЬ, КРИВЛЯНИЕ, ГРИМАСНИЧАНЬЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА 1. кататонического 2. гебефренического 3. параноидного 4. депрессивного	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
116	ПРОЯВЛЕНИЕМ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ 1. аутизм 2. негативизм 3. альтруизм 4. инфантилизм	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
117	ПРИ ИСТЕРИЧЕСКОМ ВОЗБУЖДЕНИИ ДЕЙСТВИЯ БОЛЬНЫХ 1. бессмысленны 2. стереотипны 3. импульсивны 4. демонстративны	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
118	БЕЗУСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ УТРАЧЕНЫ В СОСТОЯНИИ 1. сопора 2. комы 3. обнубиляции 4. сомноленции	2	ВК ТК ГИА	ПК 7
119	ГРУБОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ С БЕССВЯЗНОСТЬЮ МЫШЛЕНИЯ, ПОЛНОЙ НЕДОСТУПНОСТЬЮ ДЛЯ КОНТАКТА, ОТРЫВОЧНЫМИ ОБМАНАМИ ВОСПРИЯТИЯ И ПРИЗНАКАМИ РЕЗКОГО ФИЗИЧЕСКОГО ИСТОЩЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ 1. аменция 2. кома 3. онейроид 4. делирий	1	ВК ТК ГИА	ПК 5

120	ИДЕАТОРНЫЕ (АССОЦИАТИВНЫЕ) АВТОМАТИЗМЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ЧУВСТВОМ 1. отнятия мыслей, разматывания воспоминаний 2. сделанного настроения 3. сделанной неподвижности, ощепенения 4. вызванных болезненных ощущений	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
121	КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОГЕННОГО РАССТРОЙСТВА ЯВЛЯЕТСЯ 1. начало заболевания на фоне соматической болезни 2. отражение содержания психотравмирующей ситуации в болезненных переживаниях 3. наличие структурных нарушений головного мозга 4. наличие психопатии или акцентуации характера в преморбиде	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
122	ВАРИАНТОМ ЭПИЛЕПТИФОРМНЫХ ПАРОКСИЗМОВ ЯВЛЯЕТСЯ 1. амбивалентность 2. дисфория 3. мания 4. резонерство	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
123	К ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПРИПАДКАМ ОТНОСЯТСЯ 1. petit mal 2. déjà vu 3. jamais vu 4. особые состояния сознания	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
124	ПОЛНАЯ АМНЕЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ 1. déjà vu 2. jamais vu 3. petit mal 4. истерических припадков	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
125	НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ – ЭТО 1. сознательный отказ от еды с целью похудения 2. отказ от еды в состоянии абстиненции 3. отказ от еды вследствие наличия бреда отравления 4. неконтролируемое и быстрое	1	ВК ТК ГИА	ПК 5

	поглощение больших количеств пищи			
126	СТРЕМЛЕНИЕ К ПОЕДАНИЮ НЕСЪЕДОБНОГО НАЗЫВАЕТСЯ 1. пикацизм 2. дисморфомания 3. булимия 4. анорексия	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
127	СИНДРОМ КЛЕЙНЕ-ЛЕВИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ 1. гиперсомнией 2. бессонницей 3. нарколепсией 4. сочетанием гиперсомнии с эпизодами сужения сознания	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
128	«ВЕЛИКОЙ СИМУЛЯНТКОЙ» НАЗЫВАЮТ 1. депрессию 2. манию 3. истерию 4. шизофрению	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
129	БУЛИМИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЕТСЯ С 1. кататонией 2. нервной анорексией 3. истерией 4. астенией	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
130	РАННЕЕ ПРОБУЖДЕНИЕ И ОТСУТСТВИЕ ЧУВСТВА СНА – ТИПИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ 1. астенического синдрома 2. депрессии 3. нарколепсии 4. кататонии	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
131	ПРИСТУПЫ СОНЛИВОСТИ С РЕЗКИМ ПАДЕНИЕМ ТОНУСА И ГИПНАГОГИЧЕСКИМИ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ 1. депрессии 2. мании 3. неврастении 4. нарколепсии	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
132	ЭГОЦЕНТРИЗМ, ПЕДАНТИЧНОСТЬ, ЗЛОПАМЯТНОСТЬ – ТИПИЧНЫЕ ЧЕРТЫ БОЛЬНЫХ 1. алкоголизмом 2. шизофренией 3. эпилепсией 4. аффективными расстройствами	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
133	ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

	<p>НАБЛЮДАЕТСЯ В РАМКАХ СИНДРОМА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кататонического 2. ипохондрического 3. сенестопатического 4. астенического 			
134	<p>К КАЧЕСТВЕННЫМ НАРУШЕНИЯМ СОЗНАНИЯ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. делирий 2. оглушение 3. сопор 4. кома 	1	ВК ТК ГИА	ПК 7
135	<p>РЕЗОНЕРСТВО – ЭТО НАРУШЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. воли 2. мышления 3. восприятия 4. эмоций 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
136	<p>ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. шизофрении 2. сосудистых заболеваниях головного мозга 3. неврастении 4. психосоматических заболеваниях 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
137	<p>НАИМЕНЕЕ ТОКСИЧНЫМИ ПСИХОТРОПНЫМИ СРЕДСТВАМИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нейролептики 2. антидепрессанты из группы СИОЗС 3. бензодиазепиновые транквилизаторы 4. вальпроаты 	2	ВК ТК ГИА	УК 2
138	<p>АНТИДЕПРЕССАНТЫ НАЗНАЧАЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обсессивно-компульсивного расстройства 2. персекуторного бреда 3. болезни Альцгеймера 4. тонико-клонических судорог 	1	ВК ТК ГИА	ПК 6
139	<p>ПРИ АСТЕНИИ, ВЫЗВАННОЙ ДЛИТЕЛЬНЫМИ ЧРЕЗМЕРНЫМИ НАГРУЗКАМИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нейролептики – производные бутерофенона 2. антидепрессанты ТЦА 3. антидепрессанты из группы СИОЗС 4. ноотропы 	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
140	<p>ГЛАУКОМА ЯВЛЯЕТСЯ</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК 6

	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нейролептиков – производных бутерофенона 2. трициклических антидепрессантов 3. антидепрессантов из группы СИОЗС 4. ноотропов 			
141	<p>ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ РЕГУЛЯРНОМ ПРИЕМЕ АНТИКОНВУЛЬСАНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. паркинсонизм 2. хронический запор 3. задержка мочи 4. макроцитарная анемия 	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
142	<p>РАССТРОЙСТВО, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ В НЕОБЫЧНЫХ, ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ, ПОВЛИЯВШИХ НА ВЕСЬ СКЛАД ЛИЧНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. патологическим развитием 2. акцентуацией характера 3. заболеванием 4. дефектом 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
143	<p>ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В МКБ-10 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТЕРМИН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. синдром 2. болезнь 3. расстройство 4. патология 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
144	<p>ХАРАКТЕРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ РАССТРОЙСТВА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. восприятия и мышления 2. движений и эмоций 3. памяти и интеллекта 4. воли и влечений 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
145	<p>К РЕАКЦИЯМ ЭКЗОГЕННОГО ТИПА ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. депрессия 2. делирий 3. кататония 4. бред преследования 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
146	<p>АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК 6

	<ol style="list-style-type: none"> 1. болезни Альцгеймера 2. болезни Пика 3. деменции с тельцами Леви 4. прогрессиивном параличе 			
147	<p>К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. хорея Гентингтона 2. болезнь Пика 3. деменция с тельцами Леви 4. энцефалопатия Гайе-Вернике 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
148	<p>ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Липмана 2. Павлова 3. Маринеску-Радовичи 4. Аргайла Робертсона 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
149	<p>ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ДЕЛИРИЙ ОБЫЧНО ВОЗНИКАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в остром периоде 2. в подостром периоде 3. в период реконвалесценции 4. в период отдаленных последствий 	1	ВК ТК ГИА	ПК 7
150	<p>«СТОЯЧИЕ СИМПТОМЫ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сосудистой деменции 2. прогрессиивного паралича 3. болезни Пика 4. гипертиреоза 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
151	<p>КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. триада Останкова 2. триада Вальтер-Бюэля 3. синдром Кандинского-Клерамбо 4. Корсаковский синдром 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
152	<p>СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. реакций экзогенного типа 2. психоорганического синдрома 3. Корсаковского синдрома 4. синдрома Кандинского-Клерамбо 	1	ВК ТК ГИА	ПК 7
153	<p>ЗАОСТРЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ БЕЗ РАЗРУШЕНИЯ «ЯДРА ЛИЧНОСТИ» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сосудистой деменции 2. болезни Пика 3. болезни Альцгеймера 4. шизофрении 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5

154	<p>ПСИХОЭНДОКРИННЫЙ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВАРИАНТОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. реакций экзогенного типа 2. психоорганического синдрома 3. Корсаковского синдрома 4. дисфренического синдрома 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
155	<p>ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. агрессивность 2. тревожность 3. замкнутость 4. педантичность 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
156	<p>Э. КРЕПЕЛИН ОБЪЕДИНИЛ НЕСКОЛЬКО ТИПОВ ПСИХОЗА В «DEMENTIA PRAESOX» НА ОСНОВАНИИ ЕДИНСТВА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. этиологии 2. патоморфологии 3. течения 4. исхода 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
157	<p>КЛЮЧЕВЫМИ СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНИИ Э. БЛЕЙЛЕР СЧИТАЛ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. бред и галлюцинации 2. амбивалентность и нарушение ассоциаций 3. манию и меланхолию 4. расстройства сознания 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
158	<p>К.ШНАЙДЕР К СИМПТОМАМ ПЕРВОГО РАНГА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ОТНОСИЛ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ипохондрический бред и сенестопатии 2. отнятие и вкладывание мыслей 3. апатию и абулию 4. амбивалентность и аутизм 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
159	<p>В ДЕБЮТЕ ШИЗОФРЕНИИ НЕРЕДКО НАБЛЮДАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. головная боль и головокружение 2. снижение памяти и сообразительности 3. эйфория и дизартрия 4. деперсонализация и метафизическая интоксикация 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
160	<p>ХАРАКТЕРНЫМ НЕГАТИВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. бред воздействия 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	2. сенестопатии 3. резонерство 4. псевдогаллюцинации			
161	СВОЕОБРАЗИЕ МИМИКИ И НАРУШЕНИЕ ЭМПАТИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ВКЛЮЧАЮТСЯ В СИНДРОМ 1. Павлова 2. Рюмке 3. Ашаффенбурга 4. Маньяна	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
162	НАИБОЛЕЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ВАРИАНТОМ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. шизоаффективный психоз 2. параноидная шизофрения 3. шизотипическое расстройство 4. гебефреническая шизофрения	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
163	НЕВРОЗОПОДОБНАЯ И ПСИХОПАТОПОДОБНАЯ СИМПТОМАТИКА ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ 1. простой шизофрении 2. параноидной шизофрении 3. шизотипическом расстройстве 4. шизоаффективном расстройстве	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
164	ИНТЕРМИССИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ 1. непрерывного 2. злокачественного 3. приступообразно-прогредиентного 4. периодического	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
165	ОТРЫВ ЛИЧНОСТИ ОТ ОКРУЖАЮЩЕЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ОСОБОГО ВНУТРЕННЕГО МИРА НАЗЫВАЕТСЯ 1. аутизм 2. явления дрейфа 3. делирий 4. снижение психического потенциала	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
166	НАРАСТАЮЩАЯ ПАССИВНОСТЬ, НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПОСТРОЕНИЯ «ЛИНИИ ЖИЗНИ» НАЗЫВАЕТСЯ 1. аутизм 2. явления дрейфа 3. эмоциональная неадекватность 4. слабодушие	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
167	ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД МОЖЕТ	1	ВК ТК ГИА	ПК 5

	ВЫЗВАТЬ ШИЗОФРЕНИЯ 1. фебрильная 2. простая 3. кататоническая 4. параноидная			
168	ОСНОВНАЯ ТЕОРИЯ ЭТИОЛОГИИ ШИЗОФРЕНИИ 1. нейротрансмиттерная 2. дизонтогенетическая 3. генетическая 4. мультифакториальная	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
169	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ КАТАТОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН 1. сонатакс 2. галоперидол 3. рисполепт 4. аминазин	4	ВК ТК ГИА	ПК 6
170	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН 1. аминазин 2. галоперидол 3. рисполепт 4. азалептин	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
171	К АТИПИЧНЫМ АНТИПСИХОТИКАМ ОТНОСИТСЯ 1. аминазин 2. галоперидол 3. рисполепт 4. трифтазин	3	ВК ТК ГИА	ПК 6
172	УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЕМ В ПСИХИАТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. злокачественный нейролептический синдром 2. кататонический ступор 3. онейроид 4. парафренный синдром	1	ВК ТК ГИА	ПК 7
173	УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЕМ В ПСИХИАТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. онейроид 2. бред воздействия 3. алкогольный делирий 4. сумеречное помрачение сознания	3	ВК ТК ГИА	ПК 7
174	УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЕМ В ПСИХИАТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ	2	ВК ТК ГИА	ПК 7

	<ol style="list-style-type: none"> 1. сумеречное помрачение сознания 2. фебрильная кататония 3. чувство открытости мыслей 4. бред преследования 			
175	<p>МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СВЯЗАН С</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. усилением выработки норадреналина в коре головного мозга 2. усилением дофаминового влияния на мезолимбическую систему 3. активизацией ГАМКергических процессов в ретикулярной формации 4. подавлением активности гипоталамо-гипофизарной системы 	2	ВК ТК ГИА	ПК 6
176	<p>СТЕРЖНЕВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ЗАВИСИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эйфория в сочетании с измененным состоянием сознания 2. изменение толерантности к ПАВ 3. синдром патологического влечения к ПАВ 4. нарушение самосознания 	3	ВК ТК ГИА	ПК 1
177	<p>НАЛИЧИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНОМУ ВЕЩЕСТВУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. идеаторных 2. аффективных 3. моторных 4. личностных 	2	ВК ТК ГИА	ПК 1
178	<p>СИНДРОМ ЛИШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА ВСЕГДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. психопатологическими расстройствами 2. дисфункцией внутренних органов 3. ощущением боли в том или ином органе 4. нарушением регуляции вегетативных функций 	1	ВК ТК ГИА	ПК 1
179	<p>ПЕРВАЯ СТАДИЯ АЛКОГОЛИЗМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышением толерантности к алкоголю 2. утратой качественного контроля 3. признаками алкогольной деградации 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5

	4. наличием абстинентного синдрома			
180	ТИПИЧНЫМ СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ 1. сириггомиелия 2. полинейропатия 3. болезнь Паркинсона 4. рассеянный склероз	2	ВК ТК ГИА	ПК 7
181	ОСНОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, В МКБ-10 ЯВЛЯЕТСЯ ВЫДЕЛЕНИЕ 1. психоактивного вещества 2. ведущего синдрома 3. стадии заболевания 4. степени социальной дезадаптации	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
182	ОПЬЯНЕНИЕ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ДЕПРЕССИВНОГО АФФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. типичным 2. измененным 3. патологическим 4. атипичным	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
183	ПРИЗНАКОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. дурашливость 2. бред ревности 3. бред отношения 4. сумеречное помрачение сознания	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
184	ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ 1. потливость и сухость во рту 2. гипертензия и головная боль 3. расстройства сна и тремор 4. исчезновение расстройств после приема спиртного	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
185	ЧАСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ОТМЕНЫ ЯВЛЯЮТСЯ 1. псевдогаллюцинации 2. судорожные припадки 3. маниакальные состояния 4. приступы булимии	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
186	ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВТОРОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	2	ВК ТК ГИА	ПК 5

	<ol style="list-style-type: none"> 1. алкогольная амнезия 2. алкогольный синдром отмены 3. утрата количественного контроля 4. повышение толерантности 			
187	<p>ОКОНЧАНИЕ ПСЕВДОЗАПОЯ СВЯЗАНО С</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. внешними факторами 2. ослаблением влечения 3. возникновением интолерантности 4. чрезмерной выраженностью алкогольного абстинентного синдрома 	1	ВК ТК ГИА	ПК 1
188	<p>АЛКОГОЛЬНАЯ ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сочетание торпидности и эгоцентризма 2. морально-этическое огрубение 3. эмоционально-волевое оскудение 4. фиксационную амнезию и амнестическую афазию 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
189	<p>У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ДЛИТЕЛЬНЫЕ ПРИСТУПЫ ПЬЯНСТВА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОВОЦИРУЮТСЯ УСИЛЕНИЕМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. бредовой симптоматики 2. апато-абулического синдрома 3. депрессии 4. императивных галлюцинаций 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
190	<p>ПРИ МУССИТИРУЮЩЕМ ДЕЛИРИИ БОЛЬНЫЕ В ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫХ ОБРАЗАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВИДЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. роботов и инопланетян 2. паутину и проволоку 3. драконов и динозавров 4. Бога и ангелов 	2	ВК ТК ГИА	ПК 5
191	<p>РАННИМ ПРИЗНАКОМ НАЧИНАЮЩЕГОСЯ ДЕЛИРИЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тревога и расстройства сна 2. конфабуляции и псевдореминисценции 3. слуховые галлюцинации в виде музыки и треска 4. нарушение координации движений 	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
192	<p>ЧАСТЫМ ПОСЛЕДСТВИЕМ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Котара 2. Ганзера 3. Корсакова 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5

	4. Фреголи			
193	ТЯЖЕЛЫМ, УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. профессиональный делирий 2. острый алкогольный галлюциноз 3. алкогольный параноид 4. алкогольный бред ревности	1	ВК ТК ГИА	ПК 7
194	ОСЛОЖНЕНИЕМ АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ 1. энцефалопатия Гайе-Вернике 2. хорея Гентингтона 3. деменция с тельцами Леви 4. синдром Маринеску-Шегрена	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
195	БРЕД – ЭТО 1. идеи, не соответствующие действительности и полностью овладевающие сознанием больного, не корригируемые при разубеждении 2. утрата эмоциональных реакций на окружающее 3. упорный отказ от пищи, обусловленный психическим заболеванием 4. мучительное переживание полной душевной опустошенности	1	ВК ТК ГИА	ПК 5
196	БРЕД КОТАРА – ЭТО 1. погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью 2. нарушение восприятия, проявляющееся в искажении формы и величины своего тела 3. депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания 4. утрата интереса к реальности с отсутствием стремления к общению с окружающими людьми	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
197	ДРОМОМАНИЯ – ЭТО 1. патологическое, непреодолимое стремление к перемене мест, к бродяжничеству 2. запой, периодически возникающее, непреодолимое влечение к пьянству 3. периодически и внезапно возникающая страсть к воровству 4. неотвратимое стремление к поджогу, который производится без намерения принести зло, причинить	1	ВК ТК ГИА	ПК 5

	ущерб			
198	<p>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании 2. ощущение явного присутствия в полости тела инородных предметов, живых существ 3. галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора при действии реального раздражителя на другой анализатор 4. галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора при действии реального раздражителя на тот же анализатор 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5
199	<p>ЗАКОН РИБО – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. малая подвижность смены психических процессов 2. искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными 3. закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти» 4. амнезия на текущие события 	3	ВК ТК ГИА	ПК 5
200	<p>СИНДРОМ КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. парафренный бред 2. бред ревности 3. галлюцинации 4. психические автоматизмы 	4	ВК ТК ГИА	ПК 5

Практические навыки

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1	Владеть методиками обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-7, ПК-12,
2	Уметь оказывать экстренную помощь при неотложных состояниях соматического профиля	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12,
3	Уметь выявлять в процессе обследования больных симптомы расстройств психической деятельности	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
4	Уметь квалифицировать синдромы выявленных расстройств	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-6,
5	Уметь определять показания к госпитализации в психиатрический стационар	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-6,
6	Уметь выявлять больных, нуждающихся в недобровольной госпитализации	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-6,
7	Уметь выявлять суицидальные и гетероагрессивные тенденции	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-6,
8	Уметь вести медицинскую документацию (в стационаре, психоневрологическом диспансере, поликлинике)	ТК, ГИА	ПК-4, ПК-8, ПК-10, ПК-11,
9	Уметь работать с основными информационными системами по психиатрии на ПК, подключение к Медлайн	ТК, ГИА	УК-1, УК-3, ПК-10,
10	Уметь работать с различными информационными источниками по вопросам клинической фармакологии	ТК, ГИА	УК-1, УК-2, ПК-8, ПК-10,

Ситуационные задачи

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

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
01	<p>У новорожденного ребенка при осмотре обращает на себя внимание выраженная возбудимость, повышенный тонус мышц. Сухожильные рефлексы резко оживлены, отмечается тремор рук, подбородка. Моча имеет специфический «мышинный» запах.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите предположительный диагноз. 2. Назначьте необходимое обследование. 3. Подлежит ли пациент диспансерному наблюдению у психиатра? 4. Возможно ли избежать у этого пациента развития умственной отсталости? 5. Каковы лечебные мероприятия? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз - Фенилкетонурия. 2. Необходимо провести ребенку пробу Феллинга, определение концентрации фенилаланина в сыворотке. 3. Ребенок подлежит диспансерному наблюдению у психиатра в связи с вероятностью развития умственной отсталости. 4. Развития умственной отсталости возможно избежать. 5. Лечебным мероприятием является назначение диеты, не содержащей фенилаланина. 	ТК, ГИА	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 4, ПК 5, ПК 6,
02	<p>Врач-психиатр призывной комиссии выявил у призывника пассивность, равнодушие к окружающему и своему положению, отсутствие эмоционального отклика; его ничто не радует и не огорчает. Ранее у психиатра не наблюдался. Дал согласие на госпитализацию в психиатрический стационар.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар? 2. Обоснуйте ответ на 1-ый вопрос. 3. Определите вид 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Основания для госпитализации в психиатрический стационар имеются. 2. Основанием для госпитализации в психиатрический стационар является необходимость проведения стационарной военно-психиатрической экспертизы и согласие призывника на стационарное обследование. 3. Госпитализация 	ТК, ГИА	УК 1, УК 3, ПК 1, ПК 10, ПК 11

	<p>госпитализации.</p> <p>4. Определите порядок госпитализации.</p> <p>5. Как должна быть оформлена данная госпитализация?</p>	<p>добровольная.</p> <p>4. Проводится по направлению врача-психиатра призывной комиссии.</p> <p>Госпитализация оформляется письменным согласием пациента.</p>		
03	<p>Мальчику 6 лет. Родители с ранних лет отмечают странный характер его игр. Ребенок на длительное время и устойчиво перевоплощается в персонажи игры, что сопровождается нарушением поведения. Так, изображая в игре «лошадку», придя с улицы, он продолжает требовать сена, ржет, не разговаривает с родителями, объясняя: «лошадки не говорят». Интеллект не нарушен.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Имеются ли основания для консультации у психиатра?</p> <p>2. Обоснуйте ответ на 1-й вопрос.</p> <p>3. Кто может дать согласие на такую консультацию?</p> <p>4. Перечислите виды психиатрической помощи, необходимые этому ребенку.</p> <p>5. Чем регламентируется порядок оказания психиатрической помощи в данном случае?</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Основания для обращения к психиатру имеются.</p> <p>2. Игровая деятельность выходит за рамки игры и приводит к выраженным нарушениям поведения, поэтому необходимо исключить психопатологические состояния, сопровождающиеся такими расстройствами.</p> <p>3. Письменное согласие на консультацию дают родители ребенка.</p> <p>4. Первичное психиатрическое освидетельствование, обследование, диагностика (нозологическая квалификация нарушения поведения), при необходимости лечение.</p> <p>5. Данный порядок оказания помощи регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».</p>	ТК, ГИА	УК 1, УК 3, ПК 1, ПК 2, ПК 4, ПК 5, ПК 10, ПК 11
04	<p>У подростка 15 лет немотивированно подавленное настроение, он испытывает</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Основания для госпитализации в</p>	ТК, ГИА	УК 1, УК 3, ПК 4, ПК 5, ПК 6, ПК 11

	<p>чувство тоски. Мир воспринимает серым, мрачным, безрадостным. Двигательно заторможен, мышление замедлено, высказывает идеи самоуничтожения и суицидальные мысли. Лицо выражает глубокую печаль и тоску. От госпитализации в психиатрический стационар отказывается.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Имеются ли основания для госпитализации в психиатрический стационар? 2. Определите вид госпитализации. 3. Обоснуйте ответ на 2-ой вопрос. 4. Определите порядок госпитализации. 5. Чем регламентируется данный порядок госпитализации? 	<p>психиатрический стационар имеются.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Госпитализация недобровольная. 3. Данная недобровольная госпитализация обусловлена опасностью пациента для самого себя (наличие суицидальных мыслей). 4. Необходимо в течение 48 часов провести комиссионный осмотр пациента и в течение следующих 24 часов направить заключение комиссии в суд. 5. Данный порядок госпитализации регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 		
05	<p>У мальчика 5 лет родители обратили внимание на эпизоды немотивированного смеха. Известно, что с раннего детского возраста ребенок наблюдается неврологом по поводу генерализованных преимущественно тонико-клонических судорожных приступов, отмечается отставание в психомоторном развитии.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подлежит ли ребенок диспансерному наблюдению у психиатра? 2. Обоснуйте ответ на 1-й вопрос. 3. Дают ли родители согласие для постановки ребенка на диспансерный учет? 4. Перечислите виды 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ребенок подлежит диспансерному наблюдению у психиатра. 2. Основанием для диспансерного наблюдения является наличие признаков задержки психического развития. 3. Согласие у родителей не берут. Постановка на диспансерный учет проводится комиссией врачей-психиатров. 4. Противосудорожное лечение, диспансерное наблюдение, реабилитация в связи с ЗПР. 5. Данный порядок 	ТК, ГИА	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 6, ПК 9, ПК 11

	психиатрической помощи, необходимые этому ребенку. 5. Чем регламентируется порядок оказания такой помощи?	оказания помощи регламентируется «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».		
06	У больной немотивированно веселое настроение, все воспринимается ей «в розовом цвете». Оптимистична, на отрицательные ситуации не реагирует, переоценивает свои возможности. Речь быстрая, громкая, в беседе легко отвлекаема. Гиперактивна, однако деятельность ее непродуктивна. Требует от окружающих беспрекословного себе подчинения, при невыполнении – легко раздражается, конфликтует. Вопросы: 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Определите синдром. 3. Какое заболевание можно предположить? 4. Показана ли госпитализация в психиатрический стационар? 5. Есть ли основания для недобровольной госпитализации?	Ответы: 1. Гипертимия, двигательная и идеаторная гиперактивность, выраженная отвлекаемость, повышенная самооценка, чрезмерный оптимизм. 2. Маниакальный синдром. 3. Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод. 4. Госпитализация в психиатрический стационар показана. 5. Показанием для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар является опасность пациентки для окружающих (конфликтность), ухудшение состояния без оказания помощи (ст. 29, пункт 1, 3 «Закона о психиатрической помощи...»).	ТК, ГИА	УК 1, УК 3, ПК 1, ПК 5, ПК 11
07	Пациент не проявляет интереса к окружающему, равнодушен к событиям в мире, безразличен к своему здоровью и внешнему виду. Речь монотонная, мимика однообразная, при встрече с родными остается безучастным, практически не разговаривает с ними, молча	Ответы: 1. Апатия. 2. Расстройство эмоциональной сферы психической деятельности. 3. Является негативным симптомом. 4. Встречается при шизофрении и	ТК, ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 8

	<p>сдает принесенную ему передачу.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите симптом. 2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится? 3. Каким симптомом является? 4. При каких заболеваниях встречается? 5. На что указывает при шизофрении? 	<p>органическом поражении лобных долей головного мозга.</p> <p>5. При шизофрении является признаком дефектного состояния.</p>		
08	<p>Больной заявляет, что любит жену и детей и ненавидит их в то же время. В больнице ему нравится, и он намерен из нее убежать. Заявляет, что он голоден, но отказывается от приема пищи.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. К расстройствам какой сферы психической деятельности они относятся? 3. Это расстройства количественные или качественные? 4. При каком заболевании встречаются? 5. Могут ли встречаться у здоровых людей? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Амбивалентность и амбигенность. 2. Расстройства эмоционально-волевой сферы психической деятельности. 3. Расстройства качественные. 4. Встречаются при шизофрении, шизоидном расстройстве личности. 5. Могут встречаться у здоровых людей, склонных к самоанализу (рефлексии). 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5
09	<p>Больной неподвижен, лежит в постели в неудобной позе с согнутыми и приведенными к туловищу конечностями. Мышечный тонус повышен. При попытке изменить положение его конечностей оказывает молчаливое сопротивление. На вопросы не отвечает, инструкции не выполняет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Назовите синдром. 3. К расстройствам какой сферы психической 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мышечный гипертонус, активный негативизм, мутизм. 2. Кататонический синдром. 3. Расстройство двигательного-волевой сферы психической деятельности. 4. Синдром характерен для шизофрении. 5. Имеются показания для недобровольной госпитализации – беспомощность больного (ст. 29, пункт 2 «Закона о 	ТК, ГИА	УК 1, УК 3, ПК 1, ПК 5, ПК 11

	<p>деятельности он относится?</p> <p>4. Для какого заболевания он характерен?</p> <p>5. Имеются ли основания для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар?</p>	<p>психиатрической помощи...»).</p>		
10	<p>Больная молчалива, бездеятельна, безынициативна, время проводит однообразно, ее желания ограничены физиологическими потребностями. При осмотре оказывает активное сопротивление. При беседе стереотипно повторяет вопросы врача, разговор присутствующих в кабинете, копирует жесты и мимику окружающих.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Перечислите психопатологические симптомы.</p> <p>2. Назовите синдром.</p> <p>3. Поставьте нозологический диагноз.</p> <p>4. Определите форму заболевания.</p> <p>5. Определите прогноз.</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Мутизм, абулия, акинезия, активный негативизм, эхопраксия и эхолалия.</p> <p>2. Кататонический синдром.</p> <p>3. Шизофрения.</p> <p>4. Кататоническая форма.</p> <p>5. Прогноз неблагоприятный.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК 1, ПК 5, ПК 8</p>
11	<p>Больному 74 года. Много лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией. Последнее время отмечает, что стал чрезвычайно чувствительным, всегда плачет, когда смотрит старые фильмы, фильмы про войну, т.к. вспоминает свою молодость; плачет от умиления и растроганности. Сдерживать эмоции он не может.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Назовите симптом.</p> <p>2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится?</p> <p>3. Проявлением каких</p>	<p>Ответы:</p> <p>1. Эмоциональная лабильность (слабодушие).</p> <p>2. Расстройство эмоциональной сферы психической деятельности.</p> <p>3. Развивается при сосудистых заболеваниях головного мозга.</p> <p>4. Обычно сочетается с нарушениями памяти.</p> <p>5. Постепенное прогрессирование указанных расстройств.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК 1, ПК 5</p>

	заболеваний является? 4. С какими расстройствами обычно сочетается? 5. Каков прогноз?			
12	После каждого поступка больной слышит в голове мужской голос, который обсуждает поведение больного, говорит: «Сел», «Встал», «Пить пошел» и т.д. Вопросы: 1. Назовите симптом. 2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является? 3. Это расстройство количественное или качественное? 4. К какому регистру психических расстройств он относится? 5. При каких заболеваниях он может встречаться?	Ответы: 1. Вербальные псевдогаллюцинации комментирующего характера. 2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия. 3. Качественное расстройство. 4. Регистр психотический. 5. Преимущественно при шизофрении, реже – при других хронических психозах.	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5
13	Больной, перенесший грипп в тяжелой форме, жалуется, что обычный разговор кажется ему громоподобным, свет электрической лампочки очень ярким, обычные прикосновения вызывают болезненные ощущения. Вопросы: 1. Назовите симптом. 2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является? 3. В структуру какого синдрома входит? 4. Это расстройство количественное или качественное? 5. К какому регистру психических расстройств он относится?	Ответы: 1. Гиперестезия. 2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – ощущений. 3. Входит в структуру астенического синдрома. 4. Расстройство количественное. 5. Непсихотический регистр.	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5
14	Больная заявляет, что по ее телу ползают насекомые, причиняющие боль, оставляющие продукты своей жизнедеятельности. При объективном осмотре жалобы	Ответы: 1. Тактильные галлюцинации. 2. Расстройство познавательной сферы психической	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5

	<p>не подтверждаются. Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите симптом. 2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является? 3. В структуру какого синдрома входит? 4. Это расстройство количественное или качественное? 5. К какому регистру психических расстройств он относится? 	<p>деятельности – ощущений и восприятия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Входит в структуру ипохондрического (в частности, дерматозойного) синдрома. 4. Расстройство качественное. 5. Психотический регистр. 		
15	<p>Больной сообщает, что при закрытых глазах при засыпании он видит блестящие узоры и различных фантастических животных. Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите симптом. 2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является? 3. К какому регистру психических расстройств он относится? 4. Это расстройство количественное или качественное? 5. При каких состояниях он может встречаться? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипнагогические галлюцинации. 2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – восприятия. 3. Психотический регистр. 4. Расстройство качественное. 5. Встречается при тяжело протекающих соматических заболеваниях, при алкогольном абстинентном синдроме, редко – у здоровых людей при выраженном утомлении. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5
16	<p>Больной 42 лет на вопрос врача о частоте госпитализаций отвечает: «Понимаете, тут же зависит от обстоятельств. У меня как получилось, я лежал целый месяц, и получается потому, что организм привыкает к лекарствам, менять схему надо, так и так попадаешь туда. Но появляются и причины, что именно там оказываешься. Я лег, появился там, приехал туда. Потом врач</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Патологическая обстоятельность (вязкость) мышления. 2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – мышления. 3. Характерен для органических заболеваний головного мозга, особенно для эпилепсии. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5

	<p>тоже ушла в отпуск. Опять надо ждать в больнице. Потом мама заболела, а одного дома она меня оставлять боится».</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите симптом. 2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является? 3. Для каких заболеваний характерен? 4. На что указывает наличие данного симптома? 5. Связан ли этот симптом со снижением интеллекта? 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Указывает на длительное течение заболевания и на наличие необратимого дефекта личности. 5. Связан, т.к. теряется способность отличать главное от второстепенного. 		
17	<p>Пациент 36 лет уверен, что «межпланетная организация», созданная специально для того, чтобы его погубить, при помощи каких-то приборов заставляет его помимо воли скашивать глаза, целыми днями ходить взад-вперед, писать письма. Одновременно «организация» влияет на его мысли, вызывает у него неприятные воспоминания, неприятные видения.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Какой синдром они образуют? 3. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится? 4. Для какого заболевания он характерен? 5. Какова терапевтическая тактика при данном состоянии? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психические автоматизмы (моторные и идеаторные), зрительные псевдогаллюцинации. 2. Синдром Кандинского-Клерамбо. 3. Относится к расстройствам мышления. 4. Характерен для шизофрении. 5. Психофармакотерапия – назначение атипичных антипсихотиков. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
18	<p>У пациента 28 лет остро без видимых причин появилось ощущение, что окружающие его люди как-то изменились. Понял, что его окружают подставные лица. Многих он узнает, хотя они переодеты и загримированы. Находит</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дерезализация, симптом положительного двойника, тревога. 2. Синдром Капгра. 3. Регистр психотический. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5

	<p>среди них своих знакомых, родственников, сослуживцев. Не может понять, почему это произошло, испытывает тревогу.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Назовите синдром. 3. Каков регистр данного расстройства? 4. Назовите возможный диагноз. 5. Каков прогноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Возможен острый приступ параноидной шизофрении. 5. Прогноз относительно благоприятный: возможно эпизодическое течение заболевания. 		
19	<p>Больной считает, что с помощью прибора, установленного в лаборатории, неизвестные читают его мысли, вкладывают ему свои мысли. Этот прибор насильственно заставляет его то веселиться, то печалиться. Одновременно прибор «делает» ему голоса, которые звучат где-то в голове. Уверен, что существует целая организация, которая намерена его погубить.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Назовите синдром. 3. Для какого заболевания он характерен? 4. Какова тактика лечения? 5. Каков прогноз? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Персекуторный бред, психические автоматизмы (сенсорные, идеаторные), вербальные псевдогаллюцинации. 2. Галлюцинаторно-параноидный синдром (Кандинского-Клерамбо). 3. Характерен для шизофрении. 4. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики. 5. Прогноз неблагоприятный – как правило, непрерывное течение заболевания с развитием негативных расстройств. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5
20	<p>Образец речи больного, находящегося в формально ясном сознании: «Я шел по улице, а справа пронесли длинную пожарную кишку. Где же эта книга? Не бывает ведь снега без мороза. Если бы прибавить и отнять, то все равно сопротивление кончится».</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Речевая разорванность. 2. Расстройство мышления. 3. Характерно для шизофрении. 4. Качественное расстройство. 5. Чаще всего является 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите симптом. 2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится? 3. Для какого заболевания характерен? 4. Это расстройство количественное или качественное? 5. О чем свидетельствует? 	<p>проявлением конечного состояния при шизофрении.</p>		
21	<p>Больная 72 лет уверена, что ее обкрадывает дочь, живущая с ней в одной квартире. Постоянно проверяет содержимое своих сундучков, узелков, утверждает, что ее ограбили. Пересчитывает оставшиеся в кошельке деньги, уверяет, что их стало значительно меньше. Объективно эти сведения не подтверждаются.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите фабулу бреда. 2. Дайте его характеристику по механизму происхождения. 3. Дайте его характеристику по степени систематизации. 4. Почему он называется «бред малого размаха»? 5. Каков прогноз? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Персекуторный бред материального ущерба. 2. Вторичный бред, т.к. развивается как следствие расстройств памяти. 3. Бред несистематизированный. 4. Касается только бытовых отношений. 5. Прогноз неблагоприятный – длительное безремиссионное течение заболевания. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5
22	<p>Пациент был госпитализирован в психиатрический стационар в состоянии ступора с восковой гибкостью. Выявлял двойственную ориентировку («в космосе и, кажется, в больнице»), был труднодоступен контакту, погружен в свои переживания. При выходе из этого состояния он подробно рассказал, что испытывал чувство, как будто «поднялся» в стратосферу и «летел» над планетой. Под ним проплывали материки и моря, он «встречался с</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Онейроидный синдром. 2. Расстройство сознания. 3. Характерен для шизофрении. 4. Кататоническая форма. 5. Прогноз относительно благоприятный – возможно рекуррентное течение заболевания. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5

	<p>космонавтами, но не с землянами, а из других миров». В то же время он не мог рассказать, как был доставлен в больницу, что происходило с ним в палате, беседовал ли с ним врач.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите синдром. 2. К расстройствам какой сферы психической деятельности он относится? 3. Для какого заболевания он характерен? 4. Какую форму заболевания можно предположить? 5. Какое течение заболевания можно предположить? 			
23	<p>У больного с алкогольной зависимостью на второй день после прекращения запоя нарушился сон, появилась тревога; висящее на вешалке пальто принимал за незнакомца. При осмотре на следующий день: дезориентирован в месте и времени, но правильно называет свою фамилию, паспортные данные. Больницу принимает за вокзал, окружающих лиц – за пассажиров. Вокруг себя видит белых мышей, собак; испытывает страх, пытается бежать.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Назовите синдром. 3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится? 4. Поставьте диагноз. 5. Каков прогноз? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инсомния, тревога, иллюзии, дезориентировка в месте и времени, истинные зрительные галлюцинации, психомоторное возбуждение. 2. Делириозный синдром. 3. Расстройство сознания. 4. Алкогольный делирий (синдром отмены алкоголя с делирием). 5. Прогноз благоприятный в плане выхода из психоза, неблагоприятный для течения алкогольной зависимости – быстрое прогрессирование заболевания. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8
24	<p>Больной (по профессии электрик) лежит в постели, не отвечает на вопросы, что-то бормочет, лицо выражает то</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мутизм, аффект недоумения, возбуждение в 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5

	<p>страх, то недоумение. Непрерывно совершает одни и те же движения, как будто протягивает провод. В окружающем не ориентируется. Из анамнеза известно, что он в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. В последний год диагностируют цирроз печени.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Назовите синдром. 3. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится? 4. Поставьте диагноз. 5. Каков прогноз? 	<p>пределах постели, истинные галлюцинации, отсутствие ориентировки в месте и времени.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Делириозный синдром (профессиональный делирий). 3. Расстройство сознания. 4. Алкогольный делирий (синдром отмены алкоголя с делирием). 5. Прогноз неблагоприятный, возможен летальный исход. 		
25	<p>Больной среди ночи внезапно встает с постели и с открытыми глазами, с отсутствующим выражением лица ходит по комнате, открывает шкафы, ящики столов, перебирает вещи, как будто что-то ищет. Однажды в таком состоянии открыл окно, залез на крышу и ходил по краю без всяких признаков страха. Родственники сообщают, что попытки разбудить больного в этом состоянии ни к чему не приводят, контакт с ним невозможен. Сам больной о своих ночных похождениях ничего не помнит.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите синдром. 2. К расстройству какой сферы психической деятельности он относится? 3. При каких заболеваниях встречается? 4. Эквивалентом какого состояния является? 5. Почему пациент не помнит данные состояния? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сумеречное помрачение сознания. 2. Расстройство сознания. 3. Встречается при органических заболеваниях головного мозга, преимущественно при эпилепсии. 4. Является эквивалентом судорожного приступа. 5. Из-за нарушенного сознания во время этих приступов. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5

26	<p>Мужчина 27 лет во время игры в шахматы внезапно застыл с фигурой коня в руке, фигура выпала. Лицо побледнело, взор стал «плавающий», неосмысленный. Это продолжалось 1-2 секунды. После этого он был растерян, не мог сразу собраться с мыслями, не понимал, что произошло.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите состояние. 2. К каким расстройствам оно относится? 3. При каких заболеваниях встречается? 4. Почему пациент не понимал, что произошло? 5. Какова терапевтическая тактика? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Малый припадок (абсанс). 2. Относится к эпилептиформным пароксизмам. 3. Чаще всего встречается при эпилепсии. 4. Абсанс сопровождается кратковременным исключением сознания с последующей амнезией. 5. Назначение антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия), курсовая дегидратационная терапия. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 7, ПК 8
27	<p>Через месяц после перенесенного клещевого энцефалита у больного 43 лет впервые в жизни развился тонико-клонический припадок с внезапной потерей сознания, падением на пол, непроизвольным мочеиспусканием и прикусыванием языка. Припадок длился около двух минут, закончился глубоким сном. Впоследствии пациент о нем не помнил, не понимал, что произошло. В дальнейшем подобные припадки возникали с частотой 2-3 раза в месяц.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите состояние. 2. Установите диагноз. 3. Какова первая помощь во время припадка? 4. Какова терапевтическая тактика? 5. Что явилось причиной развития данного заболевания? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Большой (генерализованный) судорожный припадок. 2. Симптоматическая эпилепсия. 3. Сразу после прекращения судорог показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиума) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии. 4. Лечение основного заболевания, назначение антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия), курсовая дегидратационная терапия. 5. Причиной развития данного заболевания явился перенесенный клещевой энцефалит. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

28	<p>Мужчина 25 лет был сбит на улице машиной, получил закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга. В течение 20 минут находился без сознания. На момент осмотра врачом скорой помощи больной находился в сознании, выявлялась нерезко выраженная очаговая неврологическая симптоматика. Был доставлен в неврологическое отделение, где у него внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Через 5 минут припадок повторился. После второго припадка больной находится в коме, припадки повторяются каждые 5-6 минут.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите состояние. 2. Установите диагноз. 3. Какова терапевтическая тактика? 4. Что явилось причиной развития данного состояния? 5. Каков прогноз? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эпилептический статус. 2. Травматическая эпилепсия. 3. Показано в/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиума) на физиологическом растворе, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии. При неэффективности – повторить через 20 минут. При неэффективности – ингаляционный наркоз с применением миорелаксантов. 4. Причиной развития данного состояния явилась черепно-мозговая травма. 5. Из-за нарушения кровоснабжения мозга и ликвородинамики возможно развитие отека мозга, приводящего к нарушению регуляции дыхания и сердечной деятельности, которые бывают причиной смерти. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 3, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 12
29	<p>Больная днем в присутствии родственников после семейного конфликта упала на диван, закатила глаза. Вскоре у нее появились небольшие подергивания и напряжение мышц рук, которые продолжались 5 минут и сменились частыми размахистыми подергиваниями всех конечностей; прикусывания языка и самопроизвольного мочеиспускания не наблюдалось. В момент</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Истерический приступ. 2. Явная демонстративность, полиморфизм, большая длительность припадка, отсутствие фазности и стереотипности, развитие на фоне эмоционального стресса. 3. Провоцирующим фактором стал семейный конфликт. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5

	<p>припадка реакция зрачков на свет были сохранены, цианоза не наблюдалось. Весь припадок длился 25 минут.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите состояние. 2. Обоснуйте ответ на 1-ый вопрос. 3. Что явилось провоцирующим фактором данного состояния? 4. Какова терапевтическая тактика? 5. Каков прогноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Преимущественно психотерапия. 5. Прогноз благоприятный. 		
30	<p>Подростку 15 лет. С 3-летнего возраста отмечаются развернутые судорожные приступы 3-4 раза в год. Регулярно принимает противосудорожную терапию. Временами без видимой причины становится агрессивным, злобно реагирует на замечания, недоволен всем окружающим, бранится, может ударить мать и младшую сестру. Такое состояние длится 15-20 минут, после чего пациент успокаивается. Память о случившемся сохранена, может извиниться за свое поведение.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как называется это состояние? 2. Эквивалентом чего оно является? 3. Поставьте диагноз. 4. Почему пациент помнит о случившемся? 5. Какова лечебная тактика? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дисфория. 2. Эквивалент судорожного припадка. 3. Генуинная эпилепсия. 4. Сознание не помрачено, но аффективно сужено. 5. Постоянный прием антиконвульсантов (предпочтительна монотерапия), курсовая дегидратационная терапия. 	ТК, ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6
31	<p>Пациенту 30 лет. При осмотре рассказывает, что существует «особая группа людей», которые «с помощью антенн спутникового телевидения» осуществляют за ним «слежку». Говорит, что эти «преследователи» могут</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вербальные псевдогаллюцинации, бред преследования и воздействия, психические автоматизмы (идеаторные, 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>«дистанционно читать» его мысли, вызывать «ожжение и зуд кожи» и даже «говорить его языком непристойные слова». Периодически «слышит» у себя в голове, как эти лица «переговариваются между собой». Внешний вид пациента неряшливый, он небрит, одежда неопрятная. В отделении ничем не занимается, день проводит в кровати, встает преимущественно для еды и курения, с соседями по палате общается мало.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Назовите синдромы. 3. Установите диагноз заболевания. 4. Определите форму заболевания. 5. Определите тактику лечения больного. 	<p>сенсорные, моторные), апатия, абулия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Синдром Кандинского-Клерамбо, апато-абулический синдром. 3. Шизофрения. 4. Параноидная форма. 5. Психофармакотерапия – нейролептики, атипичные антипсихотики. 		
32	<p>Больной неподвижно лежит в кровати, взгляд устремлен в пространство, вид зачарованный. Мимика изменчивая. Выражен мышечный гипертонус. Голова приподнята над подушкой. На вопросы отвечает односложно, после повторных обращений. Ориентировка двойственная: находится в другой галактике и, кажется, в больнице. Временами рассказывает окружающим, что видит какой-то фантастический мир, населенный инопланетянами, видит другие планеты.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Назовите синдромы. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение ориентировки (двойственность), зрительные псевдогаллюцинации, каталепсия, симптом воздушной подушки. 2. Кататонический синдром, онейроидный синдром (онейроидная кататония). 3. Шизофрения. 4. Кататоническая форма. 5. Психофармакотерапия – атипичные антипсихотики. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>3. Установите диагноз заболевания.</p> <p>4. Определите форму заболевания.</p> <p>5. Определите тактику лечения больного.</p>			
33	<p>Больной 22 года. Психическое состояние изменилось впервые: трудно доступна контакту, отрешена от окружающего, застывает в однообразных позах, взгляд устремлен в пространство. Негативистична, при попытке осмотреть ее оказывает сопротивление. Временами стереотипно повторяет одно и то же слово или фразу. Тяжелое соматическое состояние: температура 39,8; тахикардия до 140 в минуту, симптомы обезвоживания, петехии и кровоподтеки на коже.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Назовите синдромы. 3. Установите диагноз заболевания. 4. Определите тактику лечения. 5. Каков прогноз? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение сознания, каталепсия, симптом восковой гибкости, активный негативизм, эхолоалия, симптомы интоксикации. 2. Кататонический синдром. 3. Фебрильная шизофрения. 4. Фармакотерапия – атипичные антипсихотики, аминазин в/в в капельнице, массивная инфузионная терапия, антигистаминные препараты, антибиотики; возможна ЭСТ. 5. Прогноз неблагоприятный. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК6, ПК 8
34	<p>В поликлинику обратилась больная 36 лет с жалобами на общее плохое состояние, похудание, отсутствие аппетита, запоры, сердцебиение. Отмечает стойкое снижение настроения, которое несколько смягчается к вечеру, кратковременный сон с ранними пробуждениями, отсутствие радости, мысли о своей бесперспективности, чувство тоски и тяжести в области груди. Периодически приходят мысли о нежелании</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипотимия, инсомния, ангедония, идеи самоуничужения, предсердная тоска, соматические проявления депрессии, суицидальные мысли. 2. Депрессивный синдром. 3. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод тяжелой степени. 4. Показания для 	ТК ГИА	УК 1, УК 3, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 11

	<p>жить. Ранее уже переносила подобные состояния дважды, за помощью не обращалась, состояние улучшалось спонтанно.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы 2. Назовите синдром. 3. Установите диагноз заболевания. 4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации? 5. Определите тактику лечения больной. 	<p>недобровольной госпитализации имеются – суицидальные мысли (опасность для себя – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи...»).</p> <p>5. Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов.</p>		
35	<p>Больная 35 лет пятый раз в течение последних 3-х лет поступает в терапевтическое отделение в связи с выраженными диспептическими расстройствами, значительной потерей веса (до 7 кг). При обследовании значимой патологии со стороны пищеварительной системы не выявлено, назначение спазмолитиков и прокинетики в сочетании с ферментными препаратами неэффективно. Обращает на себя внимание повышенная тревожность, выраженные нарушения сна, сниженный фон настроения.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы 2. Установите диагноз заболевания. 3. Показано ли данной больной стационарное лечение в психиатрической больнице? 4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипотимия, инсомния, тревога, потеря веса, вегетативные расстройства. 2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство. 3. Стационарное лечение в психиатрической больнице показано. 4. Показаний для недобровольной госпитализации нет. 5. Психофармакотерапия – назначение антидепрессантов с анксиолитическим действием. 	ТК ГИА	УК 1, УК 3, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 11

	5. Определите тактику лечения больной.			
36	<p>К невропатологу направлен больной по поводу нарушений сна. При осмотре сообщил, что он спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но, несмотря на это, очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, легко переходит на «ты» и панибратский тон, вступает в конфликты с окружающими. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей. Подвижен, с трудом удерживается на одном месте, мимика яркая, глаза блестят, слизистые оболочки сухие.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы 2. Назовите синдром. 3. Установите диагноз заболевания. 4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации? 5. Определите тактику лечения больного. 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инсомния, гипертимия, двигательная и идеаторная гиперактивность, идеи величия, конфликтность, отсутствие критики. 2. Маниакальный синдром. 3. Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод. 4. Показания для недобровольной госпитализации имеются – конфликтность (опасность для окружающих – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи...»). 5. Психофармакотерапия – назначение нормотимиков. 	ТК ГИА	УК 1, УК 3, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 11
37	<p>Больную в диспансер привела мать. Сообщила, что дочь вновь в течение месяца почти не спит. Очень активна, старается всеми командовать и руководить, из-за чего постоянно конфликтует с окружающими. В течение последней недели стала приводить домой случайных знакомых и раздаривать им свои личные вещи, одежду.</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инсомния, гипертимия, двигательная и идеаторная гиперактивность, идеи величия, конфликтность, отсутствие критики. 2. Маниакальный синдром. 3. Биполярное 	ТК ГИА	УК 1, УК 3, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 11

	<p>Постоянно весела, поет, дома не может усидеть на месте. Во время беседы громко говорит, легко рифмует слова, быстро переключается с одной темы на другую, речь непоследовательна. Считает себя самой умной и проницательной, грозит доктору, что разгадала его планы, и при этом заразительно смеется.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите психопатологические симптомы 2. Назовите синдром. 3. Установите диагноз заболевания. 4. Имеются ли показания для недобровольной госпитализации? 5. Определите тактику лечения больного. 	<p>аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод.</p> <p>4. Показания для недобровольной госпитализации имеются – конфликтность (опасность для окружающих – ст. 29, пункт 1 Закона «О психиатрической помощи...»).</p> <p>5. Психофармакотерапия – назначение нормотимиков.</p>		
38	<p>Больному 74 года, полгода назад перенес геморрагический инсульт. В настоящее время не может назвать текущую дату, запомнить имя и отчество лечащего врача, не помнит, навещают ли его родственники. Память на события, происходившие до начала заболевания, удовлетворительная. Грубых интеллектуальных расстройств не выявлено.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите симптом. 2. Расстройством какой сферы психической деятельности он является? 3. К какой группе заболеваний относится данное расстройство? 4. В структуру какого синдрома входит? 5. В результате каких заболеваний обычно 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Фиксационная амнезия. 2. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти. 3. Относится к органическим заболеваниям головного мозга. 4. Входит в структуру Корсаковского синдрома. 5. Развивается обычно остро, в результате внезапных мозговых катастроф (интоксикаций, травм, асфиксии, инсульта и пр.). 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	развивается данный симптом?			
39	<p>Больная 82 лет не помнит событий последних десятилетий. Считает, что ее мать, умершая 40 лет назад, жива, что медсестры – это ее подруги, лечащий врач – ее муж. Себя считает молодой женщиной. Резко снижено абстрагирование.</p> <p>Установлено, что указанные расстройства развивались постепенно в течение последних 4 лет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите симптом. 2. По какому закону он развивается? 3. Расстройством какой сферы психической деятельности является? 4. К какой группе заболеваний относится? 5. В результате каких болезней развивается? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прогрессирующая амнезия. 2. Развивается по закону Рибо. 3. Расстройство познавательной сферы психической деятельности – памяти. 4. Относится к органическим заболеваниям головного мозга. 5. Возникает при хронических прогрессирующих сосудистых (безынсультное течение церебрального артериосклероза) и атрофических заболеваниях (Болезни Альцгеймера и Пика). 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5
40	<p>Ребенок 5 лет не узнает родителей, не отличает горячего от холодного, тянет в рот несъедобные предметы, не умеет раздеваться и одеваться. Нередко бывает злобен, пытается кусаться, рвать волосы, одежду. Речь полностью отсутствует. Нуждается в постоянном надзоре и уходе.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите синдром недоразвития интеллекта. 2. Поставьте клинический диагноз. 3. С какими нарушениями обычно сочетается психический дефект при данной степени недоразвития интеллекта? 4. Каков прогноз? 5. Что является причиной смерти у таких больных? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Идиотия. 2. Умственная отсталость глубокая. 3. Психический дефект сочетается с множественными дефектами формирования внутренних органов и внешними аномалиями. 4. Прогноз неблагоприятный. 5. Причиной смерти у таких больных являются инфекции и интеркуррентные заболевания. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5
41	Ребенку 12 лет. По словам	Ответы:	ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	<p>родителей, с раннего детства уступал сверстникам в умственном развитии. С трудом окончил 3 класса спец. школы, научился писать отдельные слова, считает до 100, легко складывает в пределах 30, но с трудом вычитает числа. Знает, что такое кровать, стол, стул, но сгруппировать их в одно понятие не может. Очень прилежен, имеет довольно хорошую механическую память.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите синдром недоразвития интеллекта. 2. Поставьте клинический диагноз. 3. Как можно охарактеризовать мышление этого ребенка? 4. Чем нивелируется у него отсутствие абстрактного мышления? 5. Каков прогноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дебильность. 2. Умственная отсталость легкой степени. 3. Мышление конкретно-ситуационное. 4. Прилежанием и хорошей механической памятью. 5. Прогноз относительно благоприятный – может освоить несложную профессию и работать под руководством наставника. 		
42	<p>Больная 27 лет, имеет высшее образование, работала переводчицей. В течение последних двух лет появились неврологические расстройства в виде двоения в глазах, нарушения артикуляции и тонких движений в руке. Был установлен диагноз демиелинизирующего процесса. Изменилась в поведении, стала бестактна, бесцеремонна. При осмотре у психиатра жалоб на здоровье не предъявляет. Правильно называет текущую дату, место пребывания. По просьбе врача демонстрирует знание таблицы умножения, однако вычитание из 100 по 7 выполнить не может (сразу получается 43). Не может объяснить смысл пословицы</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тотальное слабоумие. 2. Деменция в связи с демиелинизирующим заболеванием головного мозга. 3. В большей степени нарушен интеллект. 4. Имеются выраженные личностные расстройства (разрушение «ядра личности»). 5. Прогноз неблагоприятный. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	<p>«Не в свои сани не садись», отвечает: «При чем тут сани – лето на дворе». При попытке письма обнаруживает крайне неразборчивый почерк, однако сама утверждает, что написала все правильно и красиво.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите синдром снижения интеллекта. 2. Поставьте клинический диагноз. 3. Какие психические функции нарушены у больной в большей степени? 4. Имеются ли у больной выраженные личностные расстройства? 5. Каков прогноз? 			
43	<p>Больная 52 лет длительное время страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом, назначенное лечение принимает нерегулярно. Жалуется на снижение памяти и сообразительности, в связи с чем перестала справляться с профессиональной деятельностью. Однако ежедневные домашние обязанности выполняет охотно и полностью, забывчивость пытается компенсировать, делая записи в блокноте. Стала сентиментальна, склонна к слезам, несколько заострились личностные черты. Понимает свою несостоятельность и стесняется ее.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите синдром снижения интеллекта. 2. Поставьте клинический диагноз. 3. Какие психические функции нарушены у больной в большей степени? 4. Имеются ли у больной 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лакунарное (дисмнестическое) слабоумие. 2. Сосудистая деменция (деменция в связи со смешанными заболеваниями). 3. Грубые расстройства памяти и снижение способности к абстрактному мышлению. 4. Выраженных личностных расстройств нет, имеется лишь некоторое заострение личностных черт. 5. Регулярный прием гипотензивных, сахароснижающих препаратов, нейрометаболическая терапия. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6

	<p>выраженные личностные расстройства? 5. Какова терапевтическая тактика?</p>			
44	<p>Пациенту 43 года. Два года назад он перенес тяжелый грипп с высокой температурой и нарушением сознания по типу оглушения. Вскоре после этого родственники отметили изменение характера: стал грубым, раздражительным, несдержанным. Любое критическое замечание, даже шутки, вызывают у него озлобление. Бросается с кулаками на жену. Приступ злобы заканчивается плачем. Отмечается некоторое снижение памяти, особенно на текущие события. Вопросы: 1. Перечислите психопатологические симптомы. 2. Назовите синдром. 3. Укажите степень выраженности синдрома. 4. Что послужило провоцирующим фактором для его развития? 5. Для каких заболеваний он характерен?</p>	<p>Ответы: 1. Эмоциональное огрубение, эмоциональная лабильность, агрессивность, гипомнезия. 2. Психоорганический синдром. 3. Вторая (психопатическая) стадия. 4. Тяжелый грипп. 5. Характерен для органических заболеваний головного мозга.</p>	ТК ГИА	УК 1, ПК 5
45	<p>Пациенту 45 лет. Около 18 лет злоупотребляет алкоголем, в течение недели находился в запое. Прекратил алкоголизацию в связи с нарастанием интоксикации. Через сутки после последнего приема спиртного у больного внезапно развился судорожный припадок с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием, последующим глубоким сном. После оказания первой помощи припадки не повторялись.</p>	<p>Ответы: 1. Развитие судорожного припадка связано с синдромом отмены алкоголя. 2. Средняя стадия алкогольной зависимости, синдром отмены алкоголя с судорожными припадками. 3. В/в струйное введение 4 мл раствора диазепама (сибазона, реланиума) на физиологическом растворе, 10 мл 25%</p>	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>Вопросы;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С чем связано развитие судорожного припадка? 2. Поставьте диагноз. 3. Какова первая помощь при таком состоянии? 4. Показано ли назначение длительной противосудорожной терапии? 5. Каковы рекомендации данному пациенту? 	<p>раствора сернокислой магнезии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Противосудорожная терапия не показана. 5. Воздержание от спиртного, лечение и наблюдение у нарколога. 		
46	<p>Пациент 45 лет, длительное время злоупотребляющий алкоголем, в течение двух недель находился в запое, последние двое суток не употреблял алкоголь из-за отсутствия денег. Осмотрен врачом скорой психиатрической помощи в связи с неадекватным поведением. Со слов соседей по коммунальной квартире, разговаривал без собеседника в комнате, стучал по стене и громко нецензурно бранился. При осмотре пациент контактен, правильно ориентирован, заявляет, что слышит через стену, как соседи по квартире сговариваются убить его для того, чтобы завладеть его комнатой. В ходе беседы с врачом указывает на стену и говорит – «ну вот, они опять начали».</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите синдром. 2. Поставьте диагноз. 3. Укажите стадию алкогольной зависимости. 4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос. 5. Какова лечебная тактика? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Галлюцинаторный синдром. 2. Острый алкогольный галлюциноз . 3. Средняя (2-ая) стадия алкогольной зависимости. 4. Многолетнее злоупотребление алкоголем, двухнедельный запой, развитие алкогольного психоза. 5. Инфузионная терапия (детоксикация); дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, ноотропы; нейролептики. 	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6, ПК 8
47	<p>Пациент 40 лет, злоупотребляющий алкоголем, прооперирован по поводу прободной язвы желудка на фоне 4-х дневного</p>	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Делириозный синдром (мусситирующий делирий). 	ТК ГИА	УК 1, УК 2, ПК 5, ПК 6, ПК 8

	<p>употребления спиртного. После выхода из наркоза в отделении реанимации пациент ведет себя очень тревожно, суетливо. «Ловит» в складках белья несуществующих насекомых, «вытягивает» что-то изо рта. При беседе оказалось, что пациент дезориентирован в месте и времени, но правильно называет свое имя и возраст.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите синдром. 2. Поставьте диагноз. 3. Что явилось обстоятельством, отягчающим течение алкогольного делирия? 4. Какова терапевтическая тактика? 5. Каков прогноз? 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Синдром отмены алкоголя с мусситирующим делирием. 3. Прободная язва желудка, операция под общим наркозом. 4. Инфузионная терапия (детоксикация); дегидратационная терапия; транквилизаторы и седативные препараты; витамины, гепатопротекторы, ноотропы; глюкокортикоиды. 5. Прогноз неблагоприятный – возможен летальный исход или инвалидизация вследствие дальнейшего катастрофического течения алкоголизма. 		
48	<p>Пациенту 20 лет. Очень необщительный, замкнутый. Друзей не имеет. С детства склонен к уединенным мечтам и к занятиям отвлеченными вопросами, далекими от реальной жизни. Очень плохо сходится с людьми. Не может понять их настроения, затрудняется завязать простой непринужденный разговор. Много строит планов, но никак не может привести их в исполнение. Живет мечтами, грезами, беспомощен в реальной жизни.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства. 3. К какому кругу относится 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Шизоидное расстройство личности. 2. Ядерная психопатия. 3. Относится к кругу тормозимых психопатий. 4. Стационарное лечение в психиатрической больнице не показано. 5. Возможно проведение психотерапии. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова? 4. Показано ли в данном случае стационарное лечение в психиатрической больнице? 5. Какова может быть терапевтическая тактика?			
49	<p>На судебно-психиатрическую экспертизу поступил испытуемый 22 лет, обвиняемый в краже. Воспитывался в неблагополучной семье, рос в условиях безнадзорности и материального недостатка. С детства отличался непоседливостью, в школе постоянно нарушал дисциплину. На уроках все время отвлекался, на замечания учителей не реагировал. Был постоянно в движении, в приподнятом настроении. Закончил только 6 классов, хотя по умственному развитию от сверстников не отставал. Часто меняет место работы. Увольняется либо сам, либо его увольняют за небрежность в работе. В последнее время попал под влияние асоциальной компании, пользовался репутацией балагура, весельчака. При аресте не проявил смущения, с юмором давал показания следователю.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства. 3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова? 4. Является ли данный пациент 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диссоциальное (антисоциальное) расстройство личности. 2. Краевая психопатия. 3. Относится к кругу возбудимых психопатий. 4. Данный пациент является вменяемым. 5. Подлежит уголовной ответственности. 	ТК ГИА	УК 1, УК 2, УК 3, ПК 5, ПК 11

	невменяемым? 5. Будет ли освобожден от уголовной ответственности?			
50	<p>Девушка 19 лет, воспитывалась мамой и бабушкой в условиях гиперопеки и повышенной требовательности, неуверенная в себе, склонная к сомнениям и осторожности. Стремится все делать «по правилам», «как положено». Чрезмерно добросовестная, педантичная, скрупулезная. Любит, чтобы ее похвалили за успешно выполненную работу, даже в ущерб собственным интересам. Хочет, чтобы и другие делали все так, как считает правильным она.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дайте его характеристику согласно классификации о происхождении данного расстройства. 3. К какому кругу относится данное расстройство в соответствии с теорией И. П. Павлова? 4. Подлежит ли данная пациентка диспансерному наблюдению? 5. Какова может быть терапевтическая тактика? 	<p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ананкастное расстройство личности. 2. Краевая психопатия. 3. Относится к кругу тормозимых психопатий. 4. Диспансерному наблюдению не подлежит. 5. Возможно проведение психотерапии. 	ТК ГИА	УК 1, ПК 2, ПК 5

2. Производственная (клиническая) практика – симуляционный курс

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

Практические навыки

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

3. Производственные (клинические) практики

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

Практические навыки

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1	Владеть методиками обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-7, ПК-12,
2	Уметь оказывать экстренную помощь при неотложных состояниях соматического профиля	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-7, ПК-12,
3	Уметь выявлять в процессе обследования больных симптомы расстройств психической деятельности	ТК, ГИА	ПК-2, ПК-5,
4	Уметь квалифицировать синдромы выявленных расстройств	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-6,
5	Уметь определять показания к госпитализации в психиатрический стационар	ТК, ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-6,
6	Уметь выявлять больных, нуждающихся в недобровольной госпитализации	ТК, ГИА	ПК-1, ПК-6,
7	Уметь выявлять суицидальные и гетероагрессивные тенденции	ТК, ГИА	ПК-5, ПК-6,
8	Уметь вести медицинскую документацию (в стационаре, психоневрологическом диспансере, поликлинике)	ТК, ГИА	ПК-4, ПК-8, ПК-10, ПК-11,
9	Уметь работать с основными информационными системами по психиатрии на ПК, подключение к Медлайн	ТК, ГИА	УК-1, УК-3, ПК-10,
10	Уметь работать с различными информационными источниками по вопросам клинической фармакологии	ТК, ГИА	УК-1, УК-2, ПК-8, ПК-10,

4. Клиническая лабораторная диагностика

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

Тесты

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Практические навыки

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

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

Ситуационные задачи

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

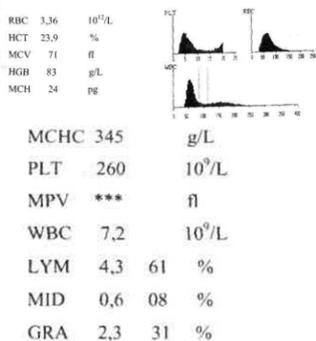
	<p>биохимические методы исследования</p> <p>5. На сколько отличаются между собой концентрации в г% и г/л</p>			
3.	<p>При обследовании больного в динамике были получены результаты активности фермента щелочной фосфотазы</p> <p>исследование 120 у/л</p> <p>исследование 118 мкмоль/м.л</p> <p>Вопросы:</p>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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

5. Патология

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

Тесты

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Практические навыки

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

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Общественное здоровье и здравоохранение

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

Тестовые задания

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

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

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

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

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

	терапевту			
20.	<p>ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА, К ЧИСЛУ ВРАЧЕЙ, ВЕДУЩИХ НАБЛЮДЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) качество диспансеризации 2) охват диспансерным наблюдением по отдельным заболеваниям 3) своевременность взятия на диспансерное наблюдение 4) среднее число диспансерных наблюдений у одного врача 5) среднее число диспансерных наблюдений на одном участке 	4	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
21.	<p>ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ - ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) предупреждение возникновения острых и хронических заболеваний 2) метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья всех групп населения, включающий комплекс социальных, профилактических и лечебных мероприятий 3) комплекс мероприятий по снижению общей заболеваемости населения 4) комплекс мероприятий по пропаганде зож 5) современная форма работы участкового врача 	2	ВК ТК ГИА	ПК-11, ПК-12
22.	<p>КАКОВЫ ГЛАВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) владение знаниями и практическими навыками по терапии и смежным специальностям 2) владение знаниями и практическими навыками по акушерству, гинекологии и педиатрии 3) владение знаниями и практическими навыками по хирургии 4) владение знаниями и практическими навыками по педиатрии 5) владение знаниями практическими навыками по кардиологии 	1	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-11
23.	<p>ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ ДОСТУПНОСТЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) продолжительный амбулаторный прием 	5	ВК ТК ГИА	ПК-10, ПК-12

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Практические навыки

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

Ситуационные задачи

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Клиническая фармакология

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

Тесты

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Практические навыки

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

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

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

Ситуационные задачи

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Медицина чрезвычайных ситуаций

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

Тесты

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Практические навыки

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

Ситуационные задачи

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Педагогика

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

Тесты

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

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

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

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

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

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

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

Практические навыки

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

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

Ситуационные задачи

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

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

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

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

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

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

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

10. Онкология

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

Тесты

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

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

Ситуационные задачи

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

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

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

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

11. Анестезиология и реаниматология

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

Тесты

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

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

Ситуационные задачи

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

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

12. Неврология

Коды формируемых компетенций: 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

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	<p>К СТВОЛУ МОЗГА ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) гипоталамус 2) таламус 3) внутренняя капсула 4) варолиев мост 5) черная субстанция</p>	4	ВК ТК	ПК-11 , ПК-12
2.	<p>ПРИ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕ ВОЗНИКАЕТ</p> <p>1) параанестезия по проводниковому типу 2) моноанестезия 3) гемианестезия 4) альтернирующий тип расстройства чувствительности</p>	1	ВК ТК	ПК-1 , ПК-3 , ПК-5 , ПК-6 , ПК-10
3.	<p>В СРЕДНИХ НОЖКАХ МОЗЖЕЧКА ПРОХОДЯТ ПРОВОДЯЩИЕ ПУТИ</p> <p>1) пути от ядер пучков Голя и Бурдаха 2) пути Флексига 3) вестибуло-церебеллярный путь 4) затылочно-височно-мосто-мозжечковый путь</p>	4	ВК ТК	ПК-2 , ПК-5 , ПК-6 , ПК-8 , ПК-10
4.	<p>НЕУСТОЙЧИВОСТЬ В ПОЗЕ РОМБЕРГА ПРИ ЗАКРЫВАНИИ ГЛАЗ ЗНАЧИТЕЛЬНО УСИЛИВАЕТСЯ, ЕСЛИ ИМЕЕТ МЕСТО АТАКСИЯ</p> <p>1) мозжечковая 2) сенситивная 3) вестибулярная 4) корковая 5) любая</p>	2	ВК ТК	ПК-5 , ПК-9 , ПК-11
5.	<p>ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ВОЗНИКАЕТ ГЕМИАНОПСИЯ</p> <p>1) битемпоральная 2) биназальная 3) гомонимная 4) нижнеквадрантная</p>	3	ВК ТК	ПК-2 , ПК-5 , ПК-11 , ПК-12

	5) верхнеквадрантная			
6.	<p>ПРОВЕДЕНИЕ ОТОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КАЛОРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО</p> <p>1) при остром нарушении мозгового кровообращения 2) при коматозном состоянии 3) при внутричерепной гематоме 4) при перфорации барабанной перепонки 5) при всем перечисленном</p>	4	ВК ТК	ПК-3 , ПК-4 , ПК-8 , ПК-9 , ПК-11

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>У больной Б., 25 лет, на фоне полного здоровья в течение нескольких месяцев развилась скованность и общая замедленность движений, больше выраженная в правых конечностях. Анамнез не отягощен. В неврологическом статусе: общая гипокинезия, с преобладанием справа. Ригидность мышц правых конечностей. Поза «просителя». При ходьбе – ахейрокинез справа, шаркает правой ногой, длина шага снижена</p> <p>1) Выделить клинические синдромы 2) Поставить топический диагноз 3) Поставить клинический диагноз 4) Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз 5) Назначить лечение</p>	<p>Ответ 1: Акинетико-ригидный синдром (паркинсонизма) с преобладанием справа</p> <p>Ответ 2: Поражена экстрапирамидная система: черная субстанция, нигростриарные нейроны</p> <p>Ответ 3: Ювенильный паркинсонизм, акинетико-ригидная форма, дебют</p> <p>Ответ 4: Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания</p> <p>Ответ 5: Лечение: ПК-мерц (амантадин) 300 мг/сут., агонисты дофаминовых рецепторов мирапекс 1,5-4,5 мг/сут., проноран 150-250 мг/сут</p>	ВК ТК	ПК-1 , ПК-2
002	<p>Больной Ж., 40 лет, доставлен в приёмное отделение машиной скорой помощи. Внезапно на улице потерял сознание, упал,</p>	<p>Ответ 1: Синдромы: генерализованных судорожных эпилептических</p>	ВК ТК	ПК-3 , ПК-4 , ПК-5 , ПК-6 ,

	<p>наблюдались генерализованные судороги. Во время транспортировки в машине пришёл в сознание, но затем вновь повторился общий судорожный припадок. Рассказал, что после травмы черепа (15 лет назад) 1-2 раза в год бывают эпилептические припадки. Вчера употреблял алкоголь. Больной сделал попытку встать, но в этот момент вновь возник общий судорожный припадок, который начался с поворота глаз и головы влево. При осмотре: больной в состоянии оглушения, с трудом вступает в контакт. Жалуются на головную боль. В правой лобно-височной области старый рубец после травмы. Зрачки одинаковые. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Активные движения в правых конечностях в полном объеме, а левой рукой и ногой двигает с большим трудом. Сила левой кисти 2 балла. Сухожильные рефлексы S>D. На левой стопе вызывается рефлекс Бабинского</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Выделить клинические синдромы 2) Поставить топический диагноз 3) Назначить дополнительные методы обследования 4) Поставить клинический диагноз 5) Назначить лечение 	<p>припадков и правостороннего центрального монопареза руки с центральным парезом VII и XII ЧМН</p> <p>Ответ 2: Очаг поражения в правой лобной доле, в передней центральной извилине её среднем и нижнем отделах</p> <p>Ответ 3: МРТ ГМ, ЭЭГ, глазное дно</p> <p>Ответ 4: Посттравматическая энцефалопатия с симптоматической эпилепсией</p> <p>Ответ 5: Противосудорожная терапия: депакин в дозе 20-30 мг/кг, начиная с 500 мг в сутки, повышая дозу каждые 3 дня (под контролем АСТ, АЛТ, билирубина, тромбоцитов), постоянно и длительно</p>		ПК-7
003	<p>Больная Д., 30 лет. Заболевание началось год назад с резкого снижения зрения на правый глаз. В течение месяца лечилась у офтальмологов по поводу ретробульбарного неврита зрительного нерва. Зрение улучшилось. Спустя полгода появилось двоение в глазах, слабость ног, шаткость при ходьбе; затруднение</p>	<p>Ответ 1: Синдромы: нижний центральный парепарез, мозжечковая атаксия, снижение зрения, расстройство вибрационной чувствительности, расстройство тазовых функций</p> <p>Ответ 2: Поражены пирамидные пути в</p>	ВК ТК	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>мочеиспускания. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. В неврологическом статусе: острота зрения на правый глаз – 0,6 (коррекция не улучшает зрения), на левый глаз – 1,0. Горизонтальный нистагм. Сила рук и особенно ног снижена. Тонус мышц повышен в разгибателях голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук умеренные, а с ног высокие. Клонус надколенников и стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо вызываются с обеих сторон. В позе Ромберга неустойчива, пошатывается в обе стороны. Походка атактическая. Пальценосовую и пяточно-коленную пробу выполняет с интенцией с обеих сторон. Вибрационная чувствительность на ногах снижена. На глазном дне отмечается бледность соска правого зрительного нерва. На МРТ головного мозга множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Выделить клинические синдромы 2) Поставить топический диагноз 3) Назначить недостающие дополнительные методы обследования 4) Поставить клинический диагноз 5) Назначить лечение обострения и определить методы профилактики 	<p>грудном отделе спинного мозга, задние столбы спинного мозга, мозжечок, зрительный нерв</p> <p>Ответ 3: На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза</p> <p>Ответ 4: Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, стадия обострения</p> <p>Ответ 5: Лечение: - «пульс-терапия» метилпреднизолоном 1000 мг в/в капельно 3-5 дней, затем преднизолон per os, 1-1,5 мг/кг по снижающей схеме; - плазмаферез; - нейропротекторы: церебролизин, пирацетам, кортексин; - антиоксиданты: мексидол, тиоктацид, берлитион. Для профилактики обострений – иммуномодуляторы (копаксон, бетаферон, ребиф, авонекс) в период ремиссии, как метод превентивной терапии</p>		
--	--	--	--	--

13. Организация лекарственного обеспечения населения РФ

Коды формируемых компетенций: ПК-10

Тесты

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

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

Ситуационные задачи

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

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

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

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

14. Современные технологии управления в здравоохранении

Коды формируемых компетенций: ПК-10

Тесты

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

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

Практические навыки

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

15. Финансовая культура и грамотность

Коды формируемых компетенций: ПК-9

Тесты

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

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

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

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

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень	Код
---	--------------------	---------------	---------	-----

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

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

16. Психотерапия

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

Тесты

№	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ 1) Медицинская, психологическая, социальная, философская 2) Психиатрическая, психологическая, социальная, философская 3) Психогигиеническая, психопрофилактическая, социальная, философская 4) Медицинская, психологическая, общественная, стратегическая	1	ВК ТК	ПК-1
2.	ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ 1) Индивидуальное, семейное, групповое 2) Терапевтическое, профилактическое, реабилитационное 3) Динамическое, поведенческое, гуманистическое 4) Симптоматическое, нозологическое, ситуационное	3	ВК ТК	ПК-1 , ПК-9
3.	ВАРИАНТЫ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ 1) Методы конфронтации и десенсибилизации, рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия 2) Личностно-ориентированная, психоаналитическая 3) Клиент-центрированная, гештальттерапия 4) Гипнотерапия, семейная психотерапия	2	ВК ТК	ПК-1 , ПК-9
4.	ВАРИАНТЫ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ 1) Клиент-центрированная, гештальттерапия 2) Методы конфронтации и десенсибилизации, рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия	1	ВК ТК	ПК-1 , ПК-9

	3) Личностно-ориентированная, психоаналитическая 4) Гипнотерапия, семейная психотерапия			
5.	АКЦЕНТУАЦИЯ ЛИЧНОСТИ - ЭТО 1) Патологическое состояние, проявляющееся дисгармоничным складом личности, от которого страдают сам больной или общество 2) Вариант нормы, отличающийся от гармоничной личности усилением/ослаблением черты или черт, вследствие чего обнаруживается повышенная/пониженная фрустрационная толерантность в отношении определенных стрессовых ситуаций 3) Патологическая реакция невротического уровня на психические травмы или неблагоприятные ситуации 4) Крайний вариант патологии	2	ВК ТК	ПК-1 , ПК-3 , ПК-7 , ПК-9 , ПК-12
6.	СИМВОЛ (ПО ЮНГУ) - ЭТО 1) Знак, обозначающий конкретный объект 2) Любая эмблема, знак различия 3) Слово или изображение, подразумевающее нечто большее, чем их непосредственное и очевидное значение; термин, имя или изображение, которые могут быть известны в повседневной жизни, но обладают специфическим добавочным значением к своему обычному смыслу 4) Слово, условно выражающее суть какого-либо явления	3	ВК ТК	ПК-1 , ПК-9

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиаполётов. После серии авиакатастроф больной стал бояться летать. Перед полётом у	Ответ 1: Авиафобия (симптомы психической и соматической тревоги) Ответ 2: Тревожно-фобический синдром Ответ 3: Паническое расстройство, ГТР, ОКР	ВК ТК	ПК-1 , ПК-9 , ПК-10

	<p>него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.</p> <p>1) Какие симптомы описаны? 2) Каким синдромом определяется состояние? 3) При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина? 4) Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства? 5) Каковы лечебные рекомендации?</p>	<p>Ответ 4: Стрессовые ситуации, психическая травма, характерологические особенности личности. Ответ 5: Рациональная психотерапия, назначение бензодиазепинов за два часа до полёта.</p>		
002	<p>В клинику обратился студент К., 21 года, с жалобами на страх публичных выступлений. Клиническая картина предвосхищения фобического стимула и столкновения с ним включает в себя гипергидроз, тахикардию, покраснение кожных покровов, сердцебиение. Данное состояние мешает больному сосредоточиться, ясно выговаривать слова, что часто приводит к срыву доклада.</p> <p>1) Диагностируйте данное расстройство в соответствии с классификацией МКБ-10 2) Проведите дифференциальную диагностику с простой изолированной фобией 3) Назовите наиболее часто встречающееся коморбидное тревожное расстройство 4) Назовите препараты выбора медикаментозного лечения данного заболевания 5) Укажите основные виды психотерапии</p>	<p>Ответ 1: Социальная фобия F-40.1 Ответ 2: Отличительная черта - страх и избегание ситуаций, в которых человек подвергается возможной оценке другими людьми и боится совершить что-нибудь нелепое Ответ 3: Паническое расстройство Ответ 4: Бета-блокаторы, ингибиторы МАО Ответ 5: Поведенческая и рациональная психотерапия</p>	ВК ТК	ПК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-9, ПК-12
003	<p>Мужчина 45 лет. По характеру очень вспыльчивый, с детства склонен к вспышкам гнева, в</p>	<p>Ответ 1: Эмоциональная Ответ 2: Эксплозивность, с агрессией, чувство вины,</p>	ВК ТК	ПК-1

	<p>гневе доходит до ярости. Из-за пустяка бросился на жену, пролил суп на скатерть, разбил тарелку, опрокинул стол. Ударом кулака вывихнул жене челюсть, ударил маленького сына. Успокоившись, горько раскаивается и сожалеет о сделанном. В прошлом под влиянием жизненных неудач и разочарований впадал в тяжелую депрессию с попыткой самоубийства.</p> <p>1) Какая сфера психической деятельности нарушена? 2) Назовите симптомы нарушений 3) Назовите возможные причины этих нарушений. 4) Поставьте диагноз 5) Определите реабилитационную тактику</p>	<p>депрессия с попыткой суицида Ответ 3: Эпилепсия, экзогенно-органические расстройства, краевая психопатия Ответ 4: Эмоционально неустойчивое расстройство личности Ответ 5: Препараты нормотимического действия (карбамазепин, депакин) и проведение семейной психотерапии.</p>		
--	--	--	--	--

17. Сексопатология

Коды формируемых компетенций: ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Тесты

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
1.	К ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ НОРМАЛЬНОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ У МУЖЧИН НЕ ОТНОСИТСЯ 1) Эрекция 2) Эякуляция 3) Селективность 4) Оргазм 5) Либи́до	3	ВК ТК	ПК-1
2.	К ДЕВИАЦИЯМ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ 1) Транссексуализм 2) Нарушения стереотипа полоролевого поведения 3) Нарушения психосексуальных ориентаций 4) Преждевременное психосексуальное развитие	4	ВК ТК	ПК-1
3.	ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА СТАНОВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) Мастурбация 2) Условно-физиологический ритм половой активности 3) Сексуальные эксцессы 4) Сексуальные абстиненции	3	ВК ТК	ПК-1
4.	К ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ НОРМАЛЬНОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН НЕ ОТНОСИТСЯ 1) Эрогенная реактивность 2) Фрикционность 3) Любрикация 4) Оргазм 5) Либи́до	2	ВК ТК	ПК-1
5.	К СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ДЕТЕРМИНАНТАМ ПОЛА НЕ	5	ВК ТК	ПК-1

	<p>ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) Гормональный пол</p> <p>2) Пол воспитания</p> <p>3) Половое самосознание</p> <p>4) Половая роль</p> <p>5) Эрогенная реактивность</p>			
6.	<p>К НАРУШЕНИЯМ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ПО ВОЗРАСТУ ОБЪЕКТА ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) Некрофилия</p> <p>2) Эфебофилия</p> <p>3) Инверсия</p> <p>4) Идолизм</p>	2	ВК ТК	ПК-1

Ситуационные задачи

<i>№</i>	<i>Оценочные средства</i>	<i>Эталон ответа</i>	<i>Уровень применения</i>	<i>Код формируемой компетенции</i>
001	<p>В, 35 лет, руководитель малого предприятия. Обратилась к психотерапевту в связи со сниженным фоном настроения, обусловленным прекращением брачных отношений. Из беседы известно, что воспитывалась очень властной матерью, с дефицитом ласки. В детстве любила играть с машинками и в войну, драться на равных с мальчиками. Охотно надевала одежду мальчиков, играла роли «братьев», «женихов» или «девочек-сорванцов». Подростком занималась биатлоном, побеждала на краевых соревнованиях. Никогда не могла найти «общих» тем со сверстницами, общаясь только с мальчиками-товарищами, в одежде предпочитала «мужской» стиль. Половую жизнь начала в 25 лет, несмотря на наличие с возраста 17 лет попыток мужчин прийти к сближению, играла</p>	<p>Ответ 1: Трансформация полоролевого поведения – формирование полоролевого поведения, свойственного другому полу, при правильном половом самосознании.</p> <p>Ответ 2: Нарушения в пренатальном периоде половой дифференцировки структур мозга, ответственных за половое поведение, без искажений полового самосознания как фон для основного патогенного фактора – влияния неправильного воспитания на этапе формирования полоролевого поведения (властная мать, отсутствие ласки).</p> <p>Ответ 3: 1) С бредовыми и сверхценными идеями полового метаморфоза –</p>	ВК ТК	ПК-1, ПК-4, ПК-5

	<p>роль «своего парня», не проявляя женственности. Реагировала на эротические попытки мужчин агрессией, разрывая отношения. Ощущая себя женщиной, тем не менее с сексуальными партнерами демонстрировала мужской стереотип поведения с нетерпимостью и агрессией. Все отношения сожителства были временными, несмотря на то, что она «полностью понимает мужскую психологию»; инициатором разрыва, как и в последнем случае, выступала сама, лидируя в отношениях.</p> <p>1) Какое расстройство у В.? 2) Каковы причины развития такого расстройства? 3) С какой патологией возможно проведение дифференциального диагноза? 4) Что является основным в диагностике расстройства? 5) Предложите программу лечения и реабилитации больной.</p>	<p>ранние этапы психосексуального развития таких пациентов протекают без каких-либо особенностей, полоролевая трансформация возникает либо при дебюте, либо при обострении психического заболевания; 2) С транссексуализмом – отсутствуют нарушение половой самоидентификации.</p> <p>Ответ 4: Изучение динамики становления сексуальности – выявление трансформации половой роли без нарушения самосознания с детства, объективные признаки поведения, не свойственного полу.</p> <p>Ответ 5: Реконструктивная секс-терапия с акцентом на исправлении искажений этапа формирования полоролевого поведения.</p>		
002	<p>М, 28 лет, обратился к сексопатологу в связи с наличием неприятных ощущений прохождения электрического тока через гениталии, изменением формы и уменьшением размера полового члена. Объективно патологических изменений уrogenитальной сферы не выявлено. Из анамнеза известно, что развитие в раннем, дошкольном возрасте без особенностей, в препубертатном периоде отмечались бессонница, вялость, головные боли, колебания настроения, часто не мог сосредоточиться. Половое влечение появилось рано,</p>	<p>Ответ 1: Дисморфофобическое и ипохондрическое расстройства при вялотекущей шизофрении.</p> <p>Ответ 2: Необычные субъективные ощущения и убеждение в наличии расстройств сексуальности являются проявлениями основного заболевания.</p> <p>Ответ 3: Исключение более грубых психопатологических расстройств.</p> <p>Ответ 4: Установление психопатологических изменений, свойственных</p>	ВК ТК	ПК-1, ПК-5

	<p>интенсивно занимался мастурбацией на фоне фантазий девиантного содержания. В пубертатном периоде сексуальность беспричинно снизилась, отметил изменение формы и размеров пениса, цвета и тургора кожи гениталий, они «усохли» в связи с тем, что «кровь перестала поступать». Стал углубленно заниматься философией дао, придумал свою оздоровительную технику. Сексуальные связи были маломотивированны, с притупленным оргазмом. После вступления в брак отметил «сморщивание яичек», уменьшение полового члена и «нарушение рефлекса» из-за воздействия тока, проходящего через гениталии, с чем и обратился к сексопатологу.</p> <p>1) Какое расстройство у М.? 2) Каковы причины развития сексуального расстройства? 3) С какой патологией возможно проведение дифференциального диагноза? 4) Что является основным в диагностике расстройства? 5) Предложите программу лечения и реабилитации больного.</p>	<p>шизофрении, степени выраженности шизофренического дефекта, определение возможностей сексологической помощи.</p> <p>Ответ 5: Смягчение психопатологической симптоматики с последующей психотерапией, направленной на разубеждение больного в тяжести его состояния, активация сексуального контакта в браке.</p>		
003	<p>Д., 32 лет, обратился к сексологу по настоянию жены в связи с низкой сексуальной активностью. Из анамнеза известно, что к контактам с лицами противоположного пола не стремился, сексуальные интересы не были выражены, в брак вступил под давлением родственников в 29 лет. Имел трудности с сексуальным дебютом, сексуальная активность была низкой, как в начале брачных отношений, так и в последующем. Отмечается</p>	<p>Ответ 1: Общее торможение сексуальности.</p> <p>Ответ 2: Задержка психосексуального развития при легкой умственной отсталости.</p> <p>Ответ 3: Страхи и опасения на основе предубеждений относительно основных проявлений половой жизни.</p> <p>Ответ 4: Установление степени умственной</p>	ВК ТК	ПК-1, ПК-5

	<p>интеллектуальная недостаточность (обучался в коррекционной школе, затем с трудом в профессиональном училище, работает автослесарем).</p> <p>1) Какое расстройство у Д.?</p> <p>2) Каковы причины развития сексуального расстройства?</p> <p>3) Какие проблемы дополнительно могут быть выявлены у больного?</p> <p>4) Что является основным в диагностике расстройства?</p> <p>5) Предложите программу лечения и реабилитации больного.</p>	<p>отсталости, поскольку степень задержки психосексуального развития коррелирует со степенью интеллектуальной недостаточности.</p> <p>Ответ 5: Секс-терапия для активации сексуального контакта в браке, семейная психотерапия.</p>		
--	--	---	--	--