

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

А.А. Цыган
"09" июня 2021 г.



ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Поликлиническое дело

Разработчик
терапии с курсом ИДПО

Кафедра поликлинической

Наименование кафедры

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Код и наименование

Наименование ООП

31.05.01 Лечебное дело

Код и наименование

Квалификация

Врач-лечебник

Приказ МОН РФ от 12.08.2020 г.
№ 988

ФГОС ВО

СОГЛАСОВАНО

Председатель УМС по
специальности

31.05.01 Лечебное дело

Е.Р. Фаршатова

Е.Р. Фаршатова

"9" июня 2021 № 8

Одобен протоколом заседания
кафедры поликлинической
терапии с курсом ИДПО от «26»
мая 2021 №10

Начальник отдела качества образования и
мониторинга

А.А. Хусаенова

А.А. Хусаенова

"9" июня 2021 г.

Утвержден протоколом
заседания ЦМК по
терапевтическим дисциплинам
от «08» июня 2021 №9

Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело, освоивших дисциплину «Поликлиническое дело».

Основной задачей ФОМ (ФОС) дисциплины «Поликлиническое дело» является проверка знаний, умений и владений обучающегося согласно матрице компетенций рассматриваемого направления подготовки.

Паспорт тестового материала по дисциплине «Поликлиническое дело»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Факультет	Лечебный факультет
2.	Кафедра	Кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО
3.	Автор-разработчик	Волевач Л.В. Габбасова Л.В.
4.	Наименование дисциплины	Поликлиническое дело
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	324 час/ 9 ЗЕ
6.	Наименование папки	Фонд оценочных материалов
7.	Вид контроля	Экзамен
8.	Для специальности	31.05.01 Лечебное дело
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	500
10.	Количество заданий при тестировании студента	100
11.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
12.	Для оценки «отлично» не менее	91 %
13.	Для оценки «хорошо» не менее	81 %
14.	Для оценки «удовлетворительно» не менее	71 %
15.	Время тестирования (в минутах)	100

ТЕСТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ» С ЦЕЛЬЮ ОСВОЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ
УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

Оценочные материалы к I этапу

Оценка компетенций ОПК-2 (ОПК-2.1., ОПК-2.2., ОПК-2.3.), ОПК-5 (ОПК-5.1., ОПК-5.2., ОПК-5.3., ОПК-5.4.), ОПК-6 (ОПК-6.1., ОПК-6.2., ОПК-6.3., ОПК-6.4.), ОПК-7 (ОПК-7.1., ОПК-7.2., ОПК-7.3., ОПК-7.4.), ОПК-8 (ОПК-8.1., ОПК-8.2., ОПК-8.3., ОПК-8.4.), ПК-1 (ПК-1.1., ПК-1.2., ПК-1.3., ПК-1.4., ПК-1.5., ПК-1.6., ПК-1.7.), ПК-2 (ПК-2.1., ПК-2.2., ПК-2.3., ПК-2.4., ПК-2.5.), ПК-5 (ПК-5.1; ПК-5.2; ПК-5.3; ПК-5.4; ПК-5.5; ПК-5.6), ПК-6 (ПК-6.1; ПК-6.2; ПК-6.3; ПК-6.4; ПК-6.5; ПК-6.6), ПК-7 (ПК-7.1., ПК-7.2., ПК-7.3., ПК-7.4., ПК-7.5.), ПК-8 (ПК-8.1., ПК-8.2., ПК-8.3., ПК-8.4., ПК-8.5., ПК-8.6), ПК-9 (ПК-9.1., ПК-9.2., ПК-9.3., ПК-9.4., ПК-9.5., ПК-9.6), ПК-10 (ПК-10.1., ПК-10.2., ПК-10.3., ПК-10.4., ПК-10.5.), ПК-11 (ПК-11.1., ПК-11.2., ПК-11.3., ПК-11.4., ПК-11.5.), ПК-14 (ПК-14.1., ПК-14.2., ПК-14.3.), ПК-15 (ПК-15.1., ПК-15.2., ПК-15.3., ПК-15.4., ПК-15.5.)

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ОПК-8, ПК-7	1. КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ II ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ: 1. нарушение здоровья со стойким умеренным расстройством функции организма 2. ограничение способности к передвижению 1-й степени 3. ограничение способности к трудовой деятельности 2-й, 3-й степени 4. ограничение способности к самообслуживанию 2-й степени 5. <i>правильный ответ 3, 4</i>
ОПК-8, ПК-7	2. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ 1. днем направления на МСЭ 2. <i>днем регистрации документов на МСЭ</i> 3. днем освидетельствования в МСЭ 4. датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ 5. датой продления листка нетрудоспособности
ПК-5, ПК-8	3. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ С ПОГРАНИЧНЫМ УРОВНЕМ АД (140/90-159/94ММРТ.СТ.) 1. <i>1 раз в год</i> 2. 2 3. 3 4. 4 5. верно 1,2
ОПК-5, ПК-6	4. СКОЛЬКО ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ ТЯЖЕСТИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ СУЩЕСТВУЕТ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ КАНАДСКОЙ АССОЦИАЦИИ КАРДИОЛОГОВ 1. <i>два</i>

	2. три 3. <i>четыре</i> 4. пять 5. девять
ПК-1, ПК-2	5. АНТРОПОМЕТРИЯ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ 1. всех желающих 2. <i>всех, подлежащих диспансеризации</i> 3. всех старше 40 лет 4. пациентов с повышенным уровнем холестерина крови 5. посетителей доврачебного кабинета
ОПК-1, ПК-1	6. КАКИЕ ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПОЛИКЛИНИКИ 1. оказание квалифицированной медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому 2. организация и проведение комплекса профилактических мероприятий и диспансеризации населения 3. организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения и пропаганде здорового образа жизни 4. <i>верно 1,2,3</i> 5. верно 1,2
ПК-1, ПК-5	7. КАКИЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОЛЖЕН ОСВОИТЬ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ? 1. профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний 2. выполнение медицинских манипуляций 3. оказание неотложной помощи 4. <i>верно 1,2,3</i> 5. верно 1,2
ПК-1, ПК-2	8. КАКОЙ ПО ФОРМЕ И ВИДУ МЕДИЦИНСКИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ, ПОСТУПАЮЩЕГО НА РАБОТУ? 1. периодический – по группам диспансерного наблюдения и по текущей обращаемости 2. <i>предварительный – осмотр при поступлении на работу</i> 3. индивидуальный 4. массовый 5. скрининг-осмотр
ПК-1, ПК-2	9. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА 1. 131/У 2. 088/У 3. <i>030/У</i> 4. 025/У 5. 131/У
ОПК-8, ПК-7	10. КТО ИЗ УКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?

	1. частнопрактикующий врач 2. <i>фельдшер здравпункта</i> 3. врач станции скорой медицинской помощи 4. врач станции переливания крови 5. медсестра здравпункта
ПК-7, ПК-15	11. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ? 1. ни в каких случаях не имеет права 2. в любых на общих основаниях 3. при наличии лицензии на это право, без ограничения срока – до выздоровления 4. <i>при наличии у него лицензии на это право, в пределах средних сроков, но не более 15 дней, с последующим направлением на ВК</i> 5. верно 2,3
ОПК-2, ПК-8	12. КРАТНОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОДНОМ ВИЗИТЕ К ВРАЧУ СОСТАВЛЯЕТ 1. 2 2. 1 3. 4 4. 3 5. верно 1,2
ОПК-5, ПК-9	13. НАЗОВИТЕ ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 1. острое начало 2. высокая лихорадка 3. <i>затяжное течение заболевания</i> 4. резко усиленное СОЭ 5. высокий лейкоцитоз
ПК-1, ПК-5	14. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ПРОВОДИТСЯ С ____ ЛЕТ 1. 15 2. 10 3. 7 4. 14 5. 17
ОПК-6, ПК-1	15. К НАРУШЕНИЮ РЕЖИМА ОТНОСИТСЯ 1. <i>несвоевременная явка на прием</i> 2. утеря больничного листа 3. несоблюдение предписанного лечения 4. отказ от госпитализации 5. верно 1,3

ПК-1, ПК-2	16. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ КАЖДОМУ ВЗРОСЛОМУ ГРАЖДАНИНУ 1 РАЗ В __ ГОД/ЛЕТ 1 2 4 3 5
ОПК-5, ПК-5	17. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА? - крепитация - крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы - мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы <i>сухие разнокалиберные хрипы</i> - шум трения плевры
ОПК-5, ПК-5	18. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НАД ЛЁГКИМИ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ? <i>крепитацию</i> - крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы - мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы - сухие хрипы - шум трения плевры
ОПК-5, ПК-6	19. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ - диспептические явления - головные боли - головокружение <i>одышка</i> - сердцебиение
ОПК-5, ПК-6	20. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ МОЧИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ? <i>белка более 3 г/л</i> - белка менее 1 г/л - относительная плотность менее 1005 - большое количество уратов - бактериурия
ОПК-6, ПК-15	21. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА У ТЕРАПЕВТА В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ? 29 мин <i>15 мин</i> 18 мин 20 мин 5 мин

ОПК-6	22. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА НА ДОМУ? 1. 2 мин 2. 20 мин 3. 30 мин 4. 1,5 часа 5. 60 мин
ОПК-2, ПК-2	23. КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРОВОДЯТСЯ? 1. предварительный 2. <i>предварительные, периодические, целевые</i> 3. предварительные, периодические 4. периодические, целевые 5. периодические, целевые
ПК-2, ПК-15	24. ЧЕРЕЗ КАКИЕ ИНТЕРВАЛЫ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР ЛИЦ, ПЕРЕНЁСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ОКОНЧИВШУЮСЯ ПОЛНЫМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ? 1. через 2, 4, 8 месяцев 2. через 6, 12 месяцев 3. <i>через 1,3 и 6 месяцев</i> 4. через 1 месяц 5. через 1, 2 месяца
ОПК-6, ПК-15	25. КАКИЕ УЗКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИВЛЕКАЮТСЯ К ОСМОТРУ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНИХИТОМ? 1. отоларинголог 2. <i>отоларинголог, стоматолог</i> 3. стоматолог 4. терапевт 5. стоматолог, терапевт
ОПК-2, ПК-2	26. КАКОВА КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ? 1. <i>4 раза в год</i> 2. 3 раза в год 3). 1 раз в год 4. 5 раз в год 5. 6 раз в год
ОПК-8, ПК-7	27. В КАКОМ СЛУЧАЕ ИНОСТРАННОМУ ГРАЖДАНИНУ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ? 1) не выдается ни при каких обстоятельствах 2) <i>выдается при болезни</i> 3) если он является сотрудником российского предприятия 4) если он проживает на территории РФ 5) если он является сотрудником филиала иностранного предприятия

ОПК-6, ПК-6	28. К КАТЕГОРИИ СОБСТВЕННО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ 1. экзему, дерматит 2. бронхиальную астму, ХОБЛ 3. ВРВ нижних конечностей 4. <i>антракоз, вибрационную болезнь</i> 5. верно 1,4
ОПК-6, ПК-6	29. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ» БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ В ЦЕНТР 1. врачей общей практики 2. <i>профпатологии</i> 3. оказывающий специализированную помощь по ведущему синдрому 4. санитарно-эпидемиологического надзора 5. профессиональных заключений
ПК-1, ПК-2	30. ГРУППОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ) ОБРАЗУЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ 1. <i>2-3 групп здоровья</i> 2. 1 группы здоровья 3. всех трех групп здоровья 4. 1-2 групп здоровья 5. верно 1,2
ОПК-7, ПК-9	31. ДИАГНОСТИРОВАНА ХОБЛ II СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ 1. короткодействующий бронходилататор по потребности 2. системный ГКС 3. ингаляционный ГКС 4. длительно действующий бронходилататор 5. <i>правильно 1, 4</i>
ПК-5, ПК-8	32. КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ 1. спирография 2. ЭКГ 3. <i>рентгенологическое исследование органов грудной клетки</i> 4. анализ мокроты 5. проба Реберга
ОПК-6, ПК-8	33. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ ФИЗИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: 1. ЧДД ≥ 30 в минуту 2. ДАД < 90 мм.рт.ст. 3. ЧСС ≥ 125 ударов в минуту 4. <i>нарушение сознания</i>

	5. ЧСС > 100 уд/мин
ОПК-2, ПК-2	34. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАНИМАЕТ (МИН.) 1. 5 2. 60 3. 30 4. 10 5. 5
ПК-1, ПК-8	35. ДИСПАНСЕРНОМУ ПАЦИЕНТУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО 1. пролечиться в дневном стационаре 2. проконсультироваться в центре здоровья 3. пролечиться в отделении реабилитации 4. <i>пройти обследование</i> 5. пройти консультацию терапевта
ОПК-7, ПК-9	36. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ 1. амоксициллина 2. парацетамола 3. противовирусных препаратов; 4. <i>правильно 2, 3</i> 5. сальбутамола
ОПК-5, ОПК-6	37. ПОД ТЕРМИНОМ ПНЕВМОНИЯ, ВЫЗВАННАЯ АТИПИЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ, ПРИНЯТО ПОДРАЗУМЕВАТЬ 1. пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации 2. вирусную пневмонию 3. эозинофильный инфильтрат 4. <i>пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами</i> 5. пневмонию, вызванную грамотрицательной флорой
ОПК-5, ПК-8	38. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ 1. креатинин сыворотки крови > 176,7 или азот мочевины > 7,0 ммоль/л 2. SaO₂ < 92% (по данным пульсоксиметрии) 3. моченая кислота < 250 ммоль/л 4. <i>верно 1, 2</i> 5. аллергический дерматит
ПК-2, ПК-15	39. ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ 1. всем женщинам в возрасте 45-66 лет 2. <i>в соответствии с показаниями, определенными на 1 этапе</i> 3. всем подлежащим диспансеризации 4. всем мужчинам в возрасте 45-66 лет

	5. не прошедшим 1 этап
ОПК-6, ПК-9	40. ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ПРОВЕДЕНИИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ 1. профилактическое назначение антибиотиков 2. ежедневный осмотр гематолога 3. <i>регулярные анализы крови</i> 4. регулярные анализы мочи 5. УЗИ ОБП
ПК-1, ПК-2	41. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ 1. <i>активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения</i> 2. организацию условий труда 3. плановую госпитализацию больных 4. активное лечение населения 5. реабилитацию после стационарного лечения
ОПК-6, ПК-15	42. ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ ПАЦИЕНТУ 1. с разрешения администрации поликлиники 2. на своё усмотрение 3. <i>по его желанию</i> 4. с согласия родственников 5. верно 3,4
ОПК-7, ПК-9	43. К ЦЕЛЯМ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ ОТНОСИТСЯ 1. облегчение симптомов, профилактика и лечение обострений, улучшение качества жизни, повышение толерантности к физической нагрузке 2. <i>снижение смертности, повышение толерантности к физической нагрузке, предотвращение прогрессирования заболевания, облегчение симптомов</i> 3. облегчение симптомов, профилактика и лечение обострений, улучшение качества жизни, повышение толерантности к физической нагрузке, снижение смертности 4. верно 1, 2 5. верно 1,3
ОПК-7, ПК-9	44. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГКС ОТНОСЯТСЯ 1. беклометазона дипропионат, будесонид, формотерол 2. <i>флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид</i> 3. флутиказонапропионат, беклометазонадипропионат, будесонид, тиотропиум, сальметерол 4. флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид, тиотропиум 5. дифлюкан, флюконазол
ПК-1, ПК-2	45. МАММОГРАФИЯ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОКАЗАНА ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ) 1. <i>39 и старше</i>

	2. 38 3. 37 4. 35 и младше 5. старше 39 лет
ОПК-5, ПК-5	46. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ 1. одышка чаще инспираторная, кашель нередко сопутствует одышке, мокрота розовая, пенистая 2. одышка чаще экспираторная, кашель появляется в конце приступа, мокрота стекловидная, во время приступа рассеянные сухие хрипы 3. одышка чаще инспираторная, кашель появляется в конце приступа, мокрота стекловидная, влажные мелкопузырчатые хрипы 4. одышка чаще экспираторная, кашель нередко сопутствует одышке, мокрота розовая, пенистая 5. одышка инспираторная
ОПК-5, ПК-5	47. ОРТОПНОЭ – ЭТО ОДЫШКА, КОТОРАЯ 1. возникает в положении лежа и уменьшается в положении сидя 2. возникает в положении лежа и не уменьшается в положении сидя 3. возникает в положении сидя и уменьшается в положении лежа 4. возникает в горизонтальном положении, уменьшается лежа 5. возникает в не зависимости от положения тела
ПК-5	48. ТЕРМОМЕТРИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ (В МИН.) 1. 1-2 2. 10-15 3. 15-20 4. 5-10 5. 5-8
ОПК-7, ПК-9	49. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА СОРНЫЕ ТРАВЫ ВОЗНИКАЮТ В 1. июле-августе 2. августе-сентябре 3. июне-июле 4. мае-июне 5. апреле
ОПК-6, ПК-10	50. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1. ЧДД>30 в минуту 2. САД<90 ммрт.ст. 3. ДАД <60 ммрт.ст. 4. правильно 2, 3 5. лейкоцитоз
ОПК-7, ПК-9	51. ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЯ ПРОВОДИТСЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

	1. 48-72 часа 2. 2-4 часа 3. 72-96 часов 4. 10-12 часов 5. 6-7 минут
ОПК-7, ПК-9	52. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИПРАТРОПИЯ БРОМИДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. инфаркт миокарда, тахиаритмии, гипертиреоз; 2. <i>закрытоугольная глаукома</i> 3. нарушение функции почек, период роста 4. онкологическая патология с низким уровнем костного обмена 5. СА-блокада
ОПК-7, ПК-9	53. УКАЖИТЕ КРИТЕРИИ ДОСТАТОЧНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1. Т тела < 37,5С 2. отсутствие интоксикации 3. отсутствие дыхательной недостаточности 4. количество лейкоцитов < 10*10⁹/л 5. клиническое улучшение
ОПК-2, ПК-2	54. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1. I 2. II 3. III 4. 0 5. IV
ОПК-2, ПК-2	55. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА 1. 2-3 раза 2. 1-2 раза 3. 5-6 раз 4. по необходимости 5. более 10 раз
ПК-7, ПК-15	56. КАКИЕ ВИДЫ ТРУДА И УСЛОВИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1. <i>виды трудовой деятельности, внезапное прекращение которых в связи с приступом удушья может нанести вред больному и окружающим</i> 2. работа с детьми 3. работа на компьютерах 4. работа в саду 5. правильно 2 и 4

ОПК-5, ПК-5	57. КАКОЙ ПРИБОР НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ БОЛЬНОМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ 1. спирограф 2. пневмотахограф 3. <i>пикфлоуметр</i> 4. анализатор газового состава крови 5. стетоскоп
ПК-1, ПК-2	58. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ 1. <i>всем подлежащим диспансеризации</i> 2. по показаниям 3. всем мужчинам 4. всем женщинам 5. всем подлежащим осмотру
ОПК-7, ПК-9	59. К БЛОКАТОРАМ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ОТНОСЯТ 1. акривастин 2. гидроксизин 3. фексофенадин 4. эбастин 5. <i>зафирлукаст</i>
ОПК-7, ПК-9	60. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА ОТНОСЯТСЯ 1. диарея, изменение функциональных проб печени (иногда токсический гепатит), головная боль, головокружение 2. ulcerогенное действие на ЖКТ, желудочно-кишечные кровотечения и другие геморрагические проявления 3. <i>тремор, беспокойство, сухость или раздражение в полости рта, тахикардия</i> 4. запор, кашель, тахикардия, затрудненное мочеиспускание 5. сонливость, мышечная слабость, нарушение памяти
ОПК-8, ПК-7	61. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 1. 45-60 дней 2. <i>25-30 дней</i> 3. 30-45 дней 4. до 20 дней 5. 7-10 дней
ОПК-8, ПК-7	62. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1. <i>45-60 дней;</i> 2. 60-75 дней; 3. 65-80 дней;

	4. 30-40 дней; 5. до 120 дней
ОПК-8, ПК-5	63. ПРИ СУБФЕБРИЛИТЕТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 2 НЕДЕЛИ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ 1. сывороточное железо 2. <i>клинический анализ крови</i> 3. щелочную фосфатазу 4. суточную протеинурию 5. общий анализ мочи
ОПК-6, ПК-5	64. ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ХОЛЕСТЕРИНА ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ СОСТАВЛЯЕТ ДО (ММОЛЬ/Л) 1. 8 2. 6 3. 7 4. 5 5. 4,5
ОПК-5, ПК-5	65. НА ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ НАПРАВЛЯЮТ ПАЦИЕНТОВ 1. старше 45 лет 2. подлежащим диспансеризации в текущем году 3. у которых выявлено ожирение 4. <i>у которых выявлен повышенный уровень общего холестерина крови</i> 5. необследованных
ПК-5, ПК-6	66. КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ 1. спирография 2. ЭКГ 3. <i>рентгенологическое исследование органов грудной клетки</i> 4. анализ мокроты 5. бронхоскопия
ОПК-7, ПК-9	67. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ 1. при появлении кровохарканья 2. длительно 3. <i>при появлении гнойной мокроты</i> 4. правильно 1, 2 5. при наличии кашля
ОПК-5, ПК-5	68. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. микоплазма 2. хламидия 3. легионелла

	4. пневмококк 5. гемофильная палочка
ОПК-5, ПК-6	69. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАЗЫВАЕТСЯ АСТМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ 1. комплекс признаков, выявляемых при физикальном обследовании больного бронхиальной астмой в фазе обострения 2. <i>тяжелый затяжной приступ бронхиальной астмы, не купирующийся бронходилататорами и сопровождающийся острой дыхательной недостаточностью, гипоксемией и гиперкапнией</i> 3. приступ бронхиальной астмы, не прекращающийся после ингаляции симпатомиметиков 4. серия следующих один за другим приступов бронхиальной астмы 5. затяжной приступ удушья, потребовавший применения ГКС, но не сопровождающийся изменением газового состава крови
ПК-6, ПК-11	70. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1) разрыв миокарда 2) эмболия мозга 3) <i>нарушения ритма</i> 4) синдром Дресслера 5) шок
ОПК-6, ПК-11	71. ОСТРЫЕ «КИНЖАЛЬНЫЕ» БОЛИ В ЖИВОТЕ, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА, НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ 1. пенетрацию язвы 2. <i>перфорацию язвы</i> 3. кровотечение из язвы 4. малигнизацию язвы 5. рак желудка
ОПК-6, ПК-11	72. У ПАЦИЕНТА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ С-М ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА, С-М КУРВУАЗЬЕ, ФРЕНИКУС С-М. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАДО ДУМАТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ 1. язва желудка 2. острый панкреатит 3. острый аппендицит 4. почечная колика 5. <i>острый холецистит</i>
ОПК-8, ПК-7	73. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 1. 20-26 дней 2. 26-32 дня 3. 48-55 дней

	4. 8-12 дня 5. 50-60 дней
ПК-1, ПК-2	74. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ ПО АНГИНЕ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 1 1. года 2. <i>месяца</i> 3. квартала 4. недели 5. дня
ПК-2, ПК-15	75. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КРАТКОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (МИН.) 1. 15 2. 12 3. 10 4. 17 5. 5
ПК-7, ПК-15	76. КАКАЯ СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВН ПРИ ПНЕВМОНИЯХ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ? 1. 21 день 2. 28 <i>дней</i> 3. 32 дня 4. 40 дней 5. 35 дней
ОПК-6, ПК-11	77. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ВОСКРЕСЕНСКОГО, КОХЕРА, РОВЗИНГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ В ПОЛЬЗУ 1. острого пиелонефрита 2. острого панкреатита 3. <i>острого аппендицита</i> 4. перфорации язвы желудка 5. острый холецистит
ПК-1, ПК-2	78. СОГЛАСНО НОВЫМ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫМ ДОКУМЕНТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ____ ЭТАП/ЭТАПА 1. 1 2. 2 3. 4 4. 3 5. верно 1,2
ОПК-7, ПК-9	79. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ 1. 7 дней 2. 10 дней 3. 21 день 4. 14 дней

	5. <i>верно 1,2,4</i>
ПК-2, ПК-15	80. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В 1. год 2. полгода 3. <i>2 года</i> 4. 3 года 5. квартал
ОПК-8, ПК-14	81. К ТРЕТЬЕМУ ЭТАПУ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ 1. стационарный 2. лечебный 3. <i>амбулаторно-поликлинический</i> 4. санаторно-курортный 5. дневной стационар
ОПК-7, ПК-9	82. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ОПРЕДЕЛЯЕТ 1. <i>диета</i> 2. лекарственная терапия 3. фитотерапия 4. иглорефлексотерапия 5. смена обстановки
ОПК-6, ПК-15	83. БОЛЬНОГО С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ СЛЕДУЕТ 1. направить кардиологу 2. <i>госпитализировать по «03» в БИТ</i> 3. направить на ЭКГ 4. направить на анализ крови 5. вызвать бригаду неотложной помощи поликлиники
ОПК-7, ПК-9	84. ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ АНТИГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ЭРАДИКАЦИИ СЛЕДУЮЩИЕ СХЕМЫ 1. вориконазол, кларитромицин, амоксициллин 2. эконазол, субцитрат висмута, метронидазол, тетрациклин 3. <i>рабепразол, кларитромицин, метронидазол</i> 4. флуконазол, кларитромицин, амоксициллин 5. фуразолидон, бутоконазол, кларитромицин
ОПК-5, ПК-6	85. ПРИСТУП УДУШЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ: 1. диспепсии 2. кардиогенного шока 3. синдрома Бадда-Киари 4. пневмонии 5. <i>бронхиальной астмы</i>
ОПК-7,	86. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ

ПК-9	КРОНА ПРИМЕНЯЮТ 1. стрептоцид 2. бактрим 3. <i>инфликсимаб</i> 4. метрогил 5. полимиксин В
ОПК-8, ПК-14	87. ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. частная 2. коллективная 3. <i>профессиональная</i> 4. коллегиальная 5. региональная
ОПК-2, ПК-2	88. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЭТО: 1. санаторно-курортное лечение 2. реабилитация пациента 3. <i>динамическое наблюдение за здоровьем пациента</i> 4. самоконтроль за состоянием пациента 5. неотложная помощь
ПК-1, ПК-2	89. ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. воспитание человека 2. сохранение здоровья 3. снижение смертности 4. снижение инвалидности 5. <i>верно 3,4</i>
ОПК-7, ПК-9	90. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКИНЕТИЧЕСКОЙ ДИСПЕПСИИ: 1. антибиотики 2. обволакивающие средства 3. <i>прокинетики</i> 4. блокаторы H₂ – рецепторов 5. антациды
ПК-1, ПК-2	91. ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТЫ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ: 1. одну 2. две 3. <i>три</i> 4. четыре 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-6	92. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ 1. <i>диарея сопровождается преобладанием секреции воды в кишечнике над её всасыванием</i>

	2. диарея вызвана сочетанным нарушением секреции в кишке и воспаления в кишке 3. диарея вызвана воспалением кишки 4. диарея вызвана нарушением моторики кишки 5. диарея вызвана снижением секреции воды в кишечнике
ОПК-5, ПК-5	93. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗЖОГИ 1. боль в эпигастрии 2. <i>боль или жжение в нижней трети грудины нередко после еды</i> 3. боль в эпигастрии с иррадиацией в левую руку 4. боль в эпигастрии с иррадиацией в правое плечо 5. боль в нижней половине живота
ОПК-6, ПК-15	94. ОСНОВНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ДОКУМЕНТ, ОТРАЖАЮЩИЙ ДИНАМИКУ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЭТО 1. справка о здоровье 2. лист временной нетрудоспособности 3. <i>амбулаторная карта</i> 4. статистический талон 5. форма 131у
ОПК-7, ПК-9	95. КАКИЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В 1. антибиотики 2. желчегонные 3. спазмолитики 4. ингибиторы АПФ 5. <i>интерфероны</i>
ОПК-1, ПК-1	96. КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ 1. <i>биохимическое исследование желчи</i> 2. внутривенная холецистография 3. ультразвуковая диагностика с завтраком яйца, сметана 4. лапароскопия 5. дуоденальное зондирование
ОПК-5, ПК-5	97. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТИПИЧНА ДИСФАГИЯ 1. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 2. склеродермия 3. рак пищевода 4. дивертикул пищевода 5. <i>для всех указанных</i>
ОПК-5, ПК-6	98. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. боль опоясывающего характера

	2. коллапс 3. <i>высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)</i> 4. гипергликемия 5. стеаторея
ОПК-6, ПК-11	99. ПРИ СОЧЕТАНИИ МЕЛЕНЫ И ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ 1. кровоточащую язву ДПК 2. <i>кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода</i> 3. тромбоз мезентериальных артерий 4. язвенный колит 5. геморрагический диатез
ОПК-6, ПК-1	100. ПОД АНТРОПОМЕТРИЕЙ ПОНИМАЮТ 1. <i>измерение роста и массы тела</i> 2. анкетирование 3. измерение силы рук 4. измерение роста 5. измерение подкожной жировой складки
ОПК-5, ПК-5	101. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ 1. грибковые инфекции 2. бактериальные инфекции 3. <i>вирусные инфекции</i> 4. воздействия токсинов 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-6	102. ДИАГНОЗ МИОКАРДИТА ДОСТОВЕРНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 1. сцинтиграфии миокарда 2. эхокардиографии 3. ЭКГ 4. <i>биопсии миокарда</i> 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-6	103. К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ 1. алкогольная 2. <i>гипертрофическая</i> 3. метаболическая 4. дисгормональная 5. верно 2,4
ОПК-7, ПК-9	104. КАРДИОТОКСИЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ВПЛОТЬ ДО РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОБЛАДАЕТ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЙ ПРЕПАРАТ 1. <i>доксорубицин</i> 2. дактиномицин

	3. блеомицин 4. сарколизин 5. верно 1,2
ОПК-7, ПК-9	105. У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ 1. спиронолактона, пропранолола, соталола 2. верапамила, дилтиазема, атенолола 3. бисопролола, дизопирамида, амиодарона 4. нитратов, дигидропиридинов, ингибиторов АПФ 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-6	106. К ТЯЖЕЛЫМ СИСТЕМНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С РАЗРУШЕНИЕМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ 1. токсическая кардиомиопатия 2. инфекционный эндокардит 3. острый перикардит 4. миксоматозная дегенерация 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-5	107. ПЯТНА РОТА (БЕЛЫЕ ПЯТНА НА ГЛАЗНОМ ДНЕ) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1. ревмокардита 2. артериальной гипертензии 3. синдрома Марфана 4. инфекционного эндокардита 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-6	108. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЭМБОЛИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ ВОЗМОЖНЫ В 1. головной мозг 2. легочную артерию 3. легкие 4. легочные вены 5. верно 2,3,4
ОПК-7, ПК-9	109. ПОКАЗАНИЕМ К РАННЕМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. высокая лихорадка 2. ишемическая болезнь сердца 3. осложнение эмболического характера 4. ДВС-синдром 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-6	110. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ 1. плеврита, миокардита, асцита 2. перикардита, плеврита, пневмонита 3. лихорадки, кардиалгии, отеков нижних конечностей

	4. лихорадки, пневмонии, миокардита 5. эндокардита, миозита
ОПК-5, ПК-6	111. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. <i>появление вегетаций на клапанах при эхокардиографии</i> 2. нарастание явлений сердечной недостаточности 3. значительное ускорение СОЭ 4. появление шумов в сердце 5. верно 1,2
ОПК-7, ПК-9	112. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОТИВОПОКАЗАН 1. верапамил 2. бисопролол 3. <i>дигоксин</i> 4. дилтиазем 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-5	113. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕСПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ 1. у части больных отмечается протеинурия 2. фактором риска является экстракция зубов 3. показателем эффективности лечения является нормализация СОЭ 4. <i>одним из основных проявлений является сопутствующий перикардит</i> 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-9	114. В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ 1. кортикостероиды должны обязательно назначаться с первых дней лечения 2. <i>антибактериальная терапия должна проводиться парентерально</i> 3. длительность антибактериальной терапии составляет 2 недели 4. развитие миокардита является показанием к оперативному лечению 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-6	115. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ВСТРЕЧАЕТСЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ В АРТЕРИЮ 1. <i>легочную</i> 2. селезеночную 3. мезентериальную 4. почечную 5. верно 1,2,3
ОПК-7, ПК-9	116. ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ 1. ингибиторов фосфодиэстеразы 2. антагонистов кальция (фенилалкиламинов)

	3. <i>ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента</i> 4. ингибиторов карбоангидразы 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-6	117. ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. повышение фракции выброса левого желудочка 2. <i>снижение ударного объема и сердечного выброса</i> 3. запаздывание открытия митрального клапана 4. уменьшение диастолического объема левого желудочка 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-5	118. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ РАЗВИВАЕТСЯ 1. острый тромбоз коронарных артерий 2. неспецифический коронарит 3. спазм коронарных артерий 4. <i>относительная коронарная недостаточность</i> 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-6	119. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. <i>сердечная недостаточность</i> 2. боль в грудной клетке 3. артериальная гипертензия 4. обмороки 5. верно 1,4
ОПК-5, ПК-5	120. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. фонокардиография 2. электрокардиография 3. <i>эхокардиография</i> 4. рентгенография 5. ХолтерЭКГ
ОПК-5, ПК-5	121. С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ 1. <i>рентгенографию, плевральную пункцию, фибробронхоскопию, торакоскопию</i> 2. фибробронхоскопию, ангиопульмонографию, компьютерную томографию 3. бронхографию, плевральную пункцию, МРТ 4. рентгенографию, торакоскопию 5. верно 1,2
ОПК-5, ПК-6	122. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ЗАСТОЯ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. плевральный выпот, чаще справа 2. интерстициальный отек легких с образованием линий Керли 3. альвеолярный отек в виде затемнения, распространяющегося от корней легких

	4. <i>перераспределение кровотока в пользу верхних долей и увеличение диаметра сосудов</i> 5. верно 3,4
ОПК-6, ПК-6	123. ОТЕК ЛЕГКИХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ 1. вертебро-базилярной дисциркуляции 2. истерии 3. <i>инфаркте миокарда</i> 4. ортостатической пробе 5. РВНС
ОПК-5, ПК-6	124. СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ 1. 40-60 2. 0-18 3. 18- 30 4. <i>30-40</i> 5. 20-30
ОПК-5, ПК-5	125. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ 1. <i>боль в груди</i> 2. сухой кашель 3. сосудистый коллапс 4. легочное кровотечение 5. верно 1,3
ОПК-5, ПК-6	126. ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ 1. уменьшение в объеме 2. <i>отставание при дыхании</i> 3. притупление перкуторного звука 4. усиление голосового дрожания 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-5	127. ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ 1. шум трения плевры 2. бронхиальное дыхание 3. усиление бронхофонии 4. <i>ослабленное дыхание</i> 5. верно 3,4
ОПК-8, ПК-7	128. СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В 1. <i>процентах</i> 2. долях от целого 3. десятичных долях

	4. субъективных характеристиках 5. верно 1,3
ОПК-5, ПК-6	129. ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ 1. легочное кровотечение 2. викарная эмфизема 3. воздушная эмболия 4. <i>медиастинальная эмфизема</i> 5. верно 2,3
ОПК-8, ПК-7	130. ДАТОЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. дата регистрации документов в бюро 2. <i>дата непосредственного освидетельствования</i> 3. дата открытия больноого листа 4. дата направления в БМСЭ 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-6	131. НАРАСТАНИЕ ОДЫШКИ, БОЛИ В ГРУДИ, ОДНОСТОРОННЕГО ПРИ ПЕРКУССИИ ТИМПАНИТА ИЛИ КОРОБОЧНОГО ЗВУКА, ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ШУМОВ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ 1. закрытый пневмоторакс 2. <i>клапанный пневмоторакс</i> 3. открытый пневмоторакс 4. пневмоперитонеум 5. верно 2,4
ОПК-7, ПК-9	132. ГЛАВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЮТСЯ 1. наложение пневмоперитонеума и наблюдение 2. наблюдение и лечение основного заболевания 3. кардиотропная терапия и аналептики 4. <i>плевральная пункция, активный дренаж и аспирация</i> 5. верно 2,4
ПК-1, ПК-2	133. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО 1. <i>отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств</i> 2. самостоятельно расширить объем диспансеризации либо отказаться от отдельных видов медицинских вмешательств 3. отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств по решению суда 4. отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, если он не работает 5. не имеет права отказываться
ОПК-5, ПК-5	134. ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ НЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ 1. интерстициальномотёке легких

	2. эмфиземе лёгких 3. гидротораксе 4. <i>бронхиолите</i> 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-5	135. ГИДРОТОРАКС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ 1. <i>экссудата</i> 2. крови 3. гноя 4. лимфы 5. транссудата
ОПК-5, ПК-5	136. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ НЕ БУДЕТ ОСЛАБЛЕНО НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ 1. гидротораксе 2. обтурационном ателектазе 3. <i>компрессионном ателектазе</i> 4. фибротораксе, швартах 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-8	137. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. спирометрия 2. <i>пульсоксиметрия</i> 3. компьютерная томография 4. рентгенография 5. подсчет дыхательных движений грудной клетки
ПК-5, ПК-8	138. ПРИ СНИЖЕНИИ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ОФВ1<50% ОТ ДОЛЖНОГО СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК 1. <i>тяжелая</i> 2. среднетяжелая 3. легкая 4. крайне тяжелая 5. верно 1,4
ПК-5, ПК-8	139. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ПОЛОСТИ В ЛЕГКОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. просветление с четким горизонтальным уровнем жидкости 2. просветление неправильной формы с неопределяющимся наружным контуром 3. кольцевидное затемнение с неровными краями и толстыми стенками 4. <i>кольцевидное затемнение с четким наружным и внутренним контурами</i> 5. верно 3,4
ПК-5, ПК-8	140. САККАДИРОВАННОЕ ДЫХАНИЕ НЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ 1. очаговом сужении бронхиол при бронхиолите

	2. гипервентиляции 3. патологии регуляции дыхательных мышц 4. травме грудной клетки 5. верно 2,4
ОПК-7, ПК-9	141. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ 1. парацетамола 2. ампициллина 3. бисептола 4. аспирина 5. цитрамона
ОПК-6, ПК-7	142. БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03. И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО 1. продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления 2. продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима 3. продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима 4. оформить новый больничный лист 5. закрыть больничный лист
ПК-1, ПК-2	143. 1 ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ 1. больные, имеющие хронические заболевания в стадии субкомпенсации, осмотр 4 раза в год 2. практически здоровые: осмотр 1-2 раза в год (угрожаемые по хронизации патологии, частые ОРВИ, как первичная профилактика ХНЗЛ) 3. больные, имеющие хронические заболевания в стадии компенсации (обострения редкие, лечение эффективно, вне обострения сохраняют трудоспособность), осмотр 2 раза в год 4. здоровые: осмотр не менее 1 раза в год 5. здоровые: осмотр не менее 1-2 раза в год
ОПК-6, ПК-1	144. ВАКЦИНА ПРОТИВ ГРИППА НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ 1. больным гипертонической болезнью 2. людям с аллергией на куриные яйца 3. больным бронхиальной астмой 4. больным ХОБЛ 5. верно 1,2
ОПК-7, ПК-9	145. ГРИПП МОЖНО ЛЕЧИТЬ С ПОМОЩЬЮ 1. противовирусных препаратов 2. ингаляционных кортикостероидов 3. антибиотиков 4. сульфаниламидов 5. иммуномодулирующих
ОПК-7,	146. У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ С

ПК-9	ПРЕДПОЛАГАЕМОМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ ВИРУСАМИ ГРИППА В ДОПОЛНЕНИЕ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ 1. фенспирида гидрохлорида 2. <i>оселтамивира</i> 3. ацикловира 4. ремантадина 5. амиксина
ОПК-5, ПК-5	147. В КЛИНИКЕ ГРИППА ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ 1. гепатолиенальный 2. диарейный 3. <i>интоксикации</i> 4. мионевралгический 5. геморрагический
ОПК-7, ПК-9	148. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЭГИНТЕРФЕРОНОМ АЛЬФА-2а РЕЖЕ, ЧЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2В, ВОЗНИКАЕТ 1. тромбоцитопения 2. нарушение функции щитовидной железы 3. нейтропения 4. <i>гриппоподобный синдром</i> 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-5	149. НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ 1. в период эпидемии гриппа 2. <i>через 48 часов после госпитализации</i> 3. при наличии вторичного иммунодефицита 4. в результате аспирационного поражения 5. через 48-72 часа после выписки из стационара
ПК-8, ПК-9	150. ТАКТИКА ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРИППА, ВЫЗВАННОГО ВЫСОКОПАТОГЕННЫМ ВИРУСОМ А (H1N1), ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ _____ МГ ОСЕЛЬТАМИВИРА 2 РАЗА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ 1. 75, 10 2. 150, 5 3. 150, 10 4. 75, 5 5. 50, 5
ОПК-5, ОПК-6	151. К ИСТОЧНИКАМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ОТНОСЯТ 1. <i>больного человека в первые пять дней болезни</i> 2. вирусоносителя 3. домашних животных 4. птиц 5. верно 1,4

ОПК-7, ПК-9	152. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА НАЗНАЧАЮТ 1. санорин 2. антигриппин 3. парацетамол 4. <i>осельтамивир (тамифлю)</i> 5. арбидол
ОПК-7, ПК-9	153. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА ИСПОЛЬЗУЮТ 1. циклоферон 2. <i>озельтамивир</i> 3. терафлю 4. ацикловир 5. арбидол
ОПК-7, ПК-9	154. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ГРИППА ПРОВОДИТСЯ ____ ПРЕПАРАТАМИ 1. противовоспалительными 2. антибактериальными 3. иммуносупрессорными 4. <i>противовирусными</i> 5. иммуномодулирующими
ОПК-5, ПК-5	155. ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ 1. <i>высокой температуры тела, головной боли, миалгии, трахеита, непродуктивного насморка</i> 2. субфебрильной температуры тела, ларингита, ринита 3. высокой температуры тела, увеличения миндалин, лимфатических узлов, фарингита 4. высокой температуры тела, конъюнктивита, фарингита 5. высокой температуры тела, головной боли, миалгии, трахеита
ОПК-5, ПК-6	156. СИНДРОМ ТРАХЕИТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1. риновирусной инфекции 2. парагриппа 3. <i>гриппа</i> 4. аденовирусной инфекции 5. РС-инфекции
ОПК-5, ПК-6	157. ОСЛОЖНЕНИЕ «ЛОЖНЫЙ КРУП» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1. риновирусной инфекции 2. <i>парагриппа</i> 3. аденовирусной инфекции 4. гриппа 5. РС-инфекции
ОПК-5, ПК-6	158. ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1. парагриппа 2. гриппа

	3. менингита 4. <i>аденовирусной инфекции</i> 5. РС-инфекции
ОПК-2, ПК-1	159. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ 1. <i>введение гриппозных вакцин</i> 2. закаливание организма 3. приём больших доз аскорбиновой кислоты 4. приём поливитаминных препаратов 5. верно 1,2
ОПК-2, ПК-1	160. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. иммуносупрессия 2. <i>гиперчувствительность к яичному белку</i> 3. дисфункция почек 4. инсулинзависимый сахарный диабет 5. верно 2,3
ПК-5, ПК-8	161. АНГИОГРАФИЯ СОСУДОВ ПОЧЕК ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ 1. хронического пиелонефрита 2. мочекаменной болезни 3. миеломной болезни 4. <i>поражения почечных сосудов</i> 5. поражения почечных вен
ОПК-7, ПК-9	162. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1. пенициллин 2. амоксиклав 3. сульфодимезин 4. эритромицин 5. <i>нолицин</i>
ОПК-5, ПК-6	163. КАКОЙ ПРИЗНАК ОТЛИЧАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ ОТ ДРУГИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК 1. <i>отек и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки</i> 2. стойкая артериальная гипертензия 3. развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией 4. выраженная уремическая интоксикация 5. верно 1,3
ПК-5, ПК-8	164. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. наличие гематурии 2. выявление антител к базальной мембране клубочков 3. <i>выявление бактериурии</i>

	4. наличие протеинурии 5. верно 3,4
ОПК-7, ПК-9	165. ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. оксациллин 2. <i>гентамицин</i> 3. азитромицин 4. карбенициллин 5. верно 1,2
ПК-5, ПК-6	166. К МАЛОВЕРОЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ 1. отеки 2. лихорадку 3. боли в поясничной области 4. частое мочеиспускание 5. <i>кровь в моче</i>
ОПК-7, ПК-9	167. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ОТНОСИТСЯ 1. рифаксимин 2. бисептол 3. метронидазол 4. <i>ципрофлоксацин</i> 5. фурагин
ПК-5, ПК-8	168. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ 1. антител к базальной мембране клубочков 2. <i>бактериурии</i> 3. гематурии 4. протеинурии 5. верно 2,4
ОПК-2, ПК-1	169. ПРОФИЛАКТИКУ ПИЕЛОНЕФРИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С 1. 7 летнего возраста 2. 18 лет 3. подросткового возраста 4. <i>рождения ребенка</i> 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-5	170. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ 1. золотистый стафилококк 2. <i>энтеробактерия</i> 3. синегнойная палочка 4. смешанная флора

	5. верно 2,4
ПК-5, ПК-8	171. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ОСАДКЕ МОЧИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ 1. <i>гиалиновые цилиндры</i> 2. эпителиальные цилиндры 3. восковидные цилиндры 4. жироперерожденные цилиндры 5. 1,3
ОПК-7, ПК-9	172. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ 1. дезагреганты 2. глюкокортикостероиды 3. антикоагулянты 4. <i>антибиотики</i> 5. верно 1,4
ОПК-5, ПК-6	173. КАКОЙ ПРИЗНАК ОТЛИЧАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ ОТ ДРУГИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК 1. развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией 2. стойкая артериальная гипертензия 3. <i>отек и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки</i> 4. выраженная уремическая интоксикация 5. верно 1,3
ОПК-6, ПК-6	174. БОЛЬНАЯ, ЖЕНЩИНА 60 ЛЕТ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ИМЕЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (ДО 18-20 Г/СУТ), ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ БЕЛКА В ПЛАЗМЕ КРОВИ (95 Г/Л). ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1. хронический пиелонефрит 2. амилоидоз 3. хронический гломерулонефрит 4. <i>миеломная болезнь</i> 5. верно 2,4
ОПК-6, ПК-6	175. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. <i>острая сердечная недостаточность</i> 2. пиелонефрит 3. инфаркт миокарда 4. тромбоэмболия легочной артерии 5. верно 1,3
ПК-5, ПК-6	176. СОЧЕТАНИЕ ПРОТЕИНУРИИ, ЭРИТРОЦИТУРИИ, ГИПОПРОТЕИНЕМИИ, ОТЕКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1. пиелонефрита 2. мочекаменной болезни 3. <i>острого гломерулонефрита</i> 4. амилоидоза почек 5. верно 3,4

ПК-5, ПК-6	177. ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧАСТО СВЯЗАНА С 1. острым циститом 2. <i>аденомой предстательной железы</i> 3. хроническим пиелонефритом 4. острым гломерулонефритом 5. недержанием мочи
ОПК-5, ПК-6	178. ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО СМОРЩИВАНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ 1. нефроптоз 2. гломерулонефрит 3. амилоидоз 4. <i>пиелонефрит</i> 5. нефропатия
ПК-5, ПК-6	179. ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА СЧИТАЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ 1. <i>миеломной нефропатии</i> 2. анальгетической нефропатии 3. хронического гломерулонефрита 4. хронического пиелонефрита 5. верно 1,2
ПК-5, ПК-6	180. ГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ 1. в момент поступления в госпиталь 2. <i>через 48 и более часов после госпитализации</i> 3. в первые 12 часов пребывания в госпитале 4. в первые 24 часа пребывания в госпитале 5. через 48-72 часа после выписки из стационара
ОПК-5, ПК-6	181. ПОД ТЕРМИНОМ «АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПОНИМАЮТ 1. вирусную бронхопневмонию 2. пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации 3. <i>пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами</i> 4. эозинофильный инфильтрат 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-6	182. НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ ПНЕВМОНИЮ, ВОЗНИКШУЮ 1. у беременной женщины после 20 недель беременности 2. у ранее нелеченого человека 3. у больного, лечившегося в домашних условиях от другого заболевания 4. <i>позднее 48 часов после госпитализации человека</i> 5. через 48-72ч. после выписки из стационара
ПК-5, ПК-6	183. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. <i>пневмония</i>

	2. пневмоторакс 3. панкреатит 4. пиелонефрит 5. верно 1,4
ОПК-5, ПК-6	184. ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВШАЯСЯ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ГРИППА, С БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ВЫЗВАНА 1. палочкой Фридлендера 2. пневмококком 3. <i>стафилококком</i> 4. микоплазмой 5. стрептококком
ОПК-7, ПК-9	185. ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТА 77 ЛЕТ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРОВОДИТСЯ В 1. отделении общей реанимации 2. <i>общетерапевтическом стационаре</i> 3. отделении кардиологии 4. амбулаторных условиях 5. дневном стационаре
ОПК-7, ПК-9	186. ПРИ ПНЕВМОНИЯХ, ВЫЗВАННЫХ ПНЕВМОКОККОМ, МИКОПЛАЗМОЙ И ЛЕГИОНЕЛЛОЙ, ОДИНАКОВО ЭФФЕКТИВНО ДЕЙСТВУЕТ 1. ципрофлоксацин 2. амоксициллин 3. цефтриаксон 4. <i>левофлоксацин</i> 5. джозамицин
ОПК-7, ПК-9	187. БОЛЬНОМУ ПНЕВМОНИЕЙ С УКАЗАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ НА АЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ НА ПЕНИЦИЛЛИН СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ 1. <i>кларитромицин</i> 2. амоксициллин 3. цефазолин 4. гентамицин 5. ампиокс
ОПК-5, ПК-5	188. КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1. скудным выделением микобактерий туберкулеза 2. <i>обильным выделением микобактерий туберкулеза</i> 3. редким выделением микобактерий туберкулеза 4. однократным выделением микобактерий туберкулеза 5. отсутствием микабактерий туберкулеза
ОПК-5, ПК-8	189. ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ), ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА

	1. спустя несколько часов после поступления в стационар 2. при поступлении в стационар 3. <i>через 2-3 дня и более после госпитализации</i> 4. через 48-72ч. после выписки из стационара 5. верно 1,3
ОПК-5, ПК-8	190. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ 1. <i>гепатит, лихорадка лекарственного происхождения, РВНС</i> 2. гепатит 3. лихорадка лекарственного происхождения 4. грипп 5. верно 1,4
ОПК-5, ПК-6	191. ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ЧАСОВ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ РАЗВИВАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ 1. 6-8 ч 2. 24 ч 3. 1 ч 4. 48 ч 5. 96 ч
ОПК-5, ПК-6	192. ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ ЗАТЯЖНОЙ, ЕСЛИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА СОХРАНЯЕТСЯ БОЛЕЕ _____ НЕДЕЛЬ 1. 3-х 2. 4-х 3. 2-х 4. 5-и 5. 6-ти
ОПК-5, ПК-8	193. КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. систолическое АД < 120 мм рт.ст. 2. ЧСС ≤ 22 в минуту 3. диастолическое АД > 100 мм рт.ст. 4. ЧСС ≥ 120 в минуту 5. верно 1,4
ОПК-5, ПК-6	194. ФОРМАМИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ 1. бронхолобулярый инфильтрат, округлый инфильтрат, облакообразный инфильтрат, казеозная пневмония 2. бронхолобулярый инфильтрат, инфильтрат Астмана, лобит, казеозная пневмония 3. бронхолобулярый инфильтрат, округлый инфильтрат, облаковидный инфильтрат, перисциссурит, лобит 4. <i>бронхолобулярый инфильтрат, округлый инфильтрат, облаковидный инфильтрат, перисциссурит, лобит, казеозная пневмония</i>

	5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-6	195. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРЭОЗИНОФИЛИИ КРОВИ И ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ В ЛЕГКИХ МОГУТ БЫТЬ 1. <i>аллергический бронхолегочный аспергиллез</i> 2. экзема 3. внутрибольничная пневмония 4. обострение бронхита 5. верно 1,2,3
ОПК-6, ПК-8	196. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ 1. парагрипп 2. пневмония 3. лихорадка лекарственного происхождения 4. <i>пневмония, лихорадка лекарственного происхождения, туберкулез</i> 5. верно 1,4
ОПК-5, ПК-6	197. ПОД ТЕРМИНОМ «АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПОНИМАЮТ 1. пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации 2. <i>пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами</i> 3. вирусную бронхопневмонию 4. эозинофильный инфильтрат 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-5	198. СТОЙКУЮ И ДЛИТЕЛЬНУЮ ДИСФОНИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ 1. вдыхание ингаляционных кортикостероидов или курение 2. пневмония или туберкулез легких 3. <i>папилломатоз или паралич гортани</i> 4. мутация голоса или голосовая нагрузка 5. верно 1,2,3
ОПК-7, ПК-8	199. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЗАМЕНЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ: 1. клиническая неэффективность (через 48-72 часа) 2. развитие побочных эффектов 3. уменьшение объема мокроты 4. <i>верно 1, 2</i> 5. верно все
ОПК-6, ПК-8	200. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА И РВНС ЯВЛЯЕТСЯ 1. <i>уровень трийодтиронина и тироксина в крови</i> 2. йодопоглотительная функция щитовидной железы 3. уровень показателей основного обмена 4. содержание в крови холестерина 5. верно 1,3

ОПК-6, ПК-15	201. ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПЛАНИРУЕТСЯ ПО 1. количеству посещений на одного жителя в год 2. пропускной способности поликлиники по числу посещений в день 3. количеству обслуживаемого населения на территории 4. плановой функции врачебной должности 5. верно 1,3
ОПК-6, ПК-15	202. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА ОФОРМЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНО 1. при проведении диспансеризации 2. на приеме врача 3. в регистратуре 4. на дому 5. верно 2,3
ОПК-6, ПК-15	203. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ ПРИКАЗОМ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ № 1. 584 2. 237 3. 215 4. 242 5. 543
ОПК-6, ПК-15	204. ИЗМЕРИТЕЛЕМ ОБЪЁМА ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. среднее число посещений поликлиники на одного жителя в год 2. нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике 3. функция врачебной должности 4. количество посещений поликлиники в день 5. верно 1,2
ОПК-6, ПК-15	205. ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ В ПУНКТЕ 19 УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ ПУНКТ 1. паллиативная медицинская помощь 2. первичная доврачебная медико-санитарная помощь 3. первичная специализированная медико-санитарная помощь 4. первичная врачебная медико-санитарная помощь 5. квалифицированная медицинская помощь
ОПК-6, ПК-15	206. В ФОРМЕ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» ПОДЛЕЖАТ УЧЕТУ 1. посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием

	2. случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи 3. обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации 4. случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях 5. верно 1,3
ОПК-6, ПК-15	207. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» НОМЕР КАРТЫ ДОЛЖЕН СООТВЕТСТВОВАТЬ НОМЕРУ 1. СНИЛС пациента 2. страхового медицинского полиса пациента 3. «медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025/у) 4. «талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у) 5. соответствовать не должен
ОПК-6, ПК-15	208. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 030-13/У «ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ» ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОТЧЕТНОГО ПЕРИОДА ПОДПИСЫВАЕТСЯ 1. главным врачом 2. <i>врачом-терапевтом участковым и специалистом организационно-методического кабинета</i> 3. председателем врачебной комиссии 4. заместителем главного врача по организационно-методической работе 5. верно 2,4
ОПК-6, ПК-15	209. «СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО- КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА N 070/У), ВЫДАВАЕМАЯ ЛИЦУ, ИМЕЮЩЕГО ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ: 1. заместителя главного врача по организационно-методической работе 2. лечащего врача 3. главного врача 4. <i>председателя врачебной комиссии</i> 5. верно 2,4
ОПК-6, ПК-15	210. ОБРАТНЫЙ (ОТРЕЗНОЙ) ТАЛОН «СПРАВКИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА N 070/У) ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ 1. <i>лечащего врача и главного врача санаторно-курортной организации</i> 2. заместителя главного врача по организационно-методической работе санаторно-курортной организации 3. председателя врачебной комиссии 4. лечащего врача организации, направившей пациента на лечение 5. верно 1,3
ПК-1,	211. ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА

ПК-2	СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (ПРИКАЗ МЗ И СР РФ ОТ 22.11.2004 Г. № 255) В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ УГЛУБЛЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР С УЧАСТИЕМ НЕОБХОДИМЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОВОДИТСЯ В ГОД 1. 4 раза 2. 2 раза 3. 3 раза 4. 1 раз 5. верно 2,4
ПК-1	212. К ИСТОЧНИКАМ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КИСЛОЙ РЕАКЦИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОДУКТЫ, КРОМЕ: 1. твердых сыров 2. хлеба 3. мяса, рыбы 4. яиц 5. <i>овощей и плодов</i>
ПК-1, ПК-2	213. ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (ПРИКАЗ МЗ И СР РФ ОТ 22.11.2004 Г. № 255) В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАТРОНАЖ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В 1. месяц 2. 6 месяцев 3. год 4. 3 <i>месяца</i> 5. 2 месяца
ОПК-6, ПК-15	214. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ РЕБЕНКОМ ВОЗРАСТА 17 ЛЕТ (ВКЛЮЧИТЕЛЬНО) И ПЕРЕДАЧЕ ЕГО НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДАННЫЕ ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 112/У) ПЕРЕНОСЯТСЯ В ФОРМУ N 1. 052-1/у «<i>вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного</i>» 2. 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» 3. 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» 4. 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг» 5. верно 1,4
ОПК-6, ПК-15	215. «НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ 1. председателем врачебной комиссии

	2. главным врачом 3. заместителем главного врача по лечебной работе 4. <i>заведующим отделением</i> 5. заместителем главного врача по КЭР
ОПК-6, ПК-15	216. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 039-1/У-06 «ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ» ЗАПОЛНЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ УЧАСТКОВОЙ 1. <i>раз в неделю</i> 2. ежедневно 3. раз в месяц 4. раз в квартал 5. раз в 2 недели
ОПК-6, ПК-15	217. В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НЕ ВХОДИТ 1. санитарно-гигиеническое воспитание и обучение населения 2. лечебно-диагностическая работа 3. <i>экспертиза стойкой утраты трудоспособности</i> 4. профилактическая работа, диспансеризация 5. работа в Бюро МСЭ
ОПК-7, ПК-9	218. ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ИМЕЮТ ПАЦИЕНТЫ С 1. множественными переломами 2. <i>орфанными заболеваниями</i> 3. ожирением 4. бациллоносительством 5. с полигенными заболеваниями
ОПК-6, ПК-15	219. НОРМА НАГРУЗКИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПОЛИКЛИНИКИ СОСТАВЛЯЕТ ПОСЕЩЕНИЙ В ЧАС 1. 4 2. 7 3. 6 4. 5 5. 8
ОПК-6, ПК-15	220. СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК ДЛЯ ВЫПИСЫВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ДЕЙСТВИТЕЛЕН 1. 5 дней 2. 30 дней 3. <i>15 дней</i> 4. 10 дней 5. 12 дней
ОПК-7, ПК-9	221. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ БРОНХОЛИТИКОМ УПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ

	1. фенотерол 2. сальбутамол 3. <i>атровент</i> 4. эуфиллин 5. верно 1,2
ПК-1	222. ПОЖИЛЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ ЛЕТ 1. <i>от 60 до 74</i> 2. от 70 до 80 3. от 75 до 89 4. от 80 до 94 5. от 60 до 70
ПК-1	223. СТАРЧЕСКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ ЛЕТ 1. от 70 до 80 2. <i>от 75 до 89</i> 3. от 60 до 74 4. от 80 до 94 5. старше 90 лет
ОПК-2, ПК-1	224. К ФАКТОРАМ РИСКА У ПОЖИЛЫХ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЛИЯЮЩИМ НА СМЕРТНОСТЬ, ОТНОСИТСЯ 1. низкое систолическое АД на голени 2. высокое диастолическое АД на плечевой артерии 3. высокое систолическое АД на голени 4. <i>высокое систолическое АД на плечевой артерии</i> 5. высокое систолическое АД на подколенной артерии
ОПК-7, ПК-9	225. ОСОБЕННОСТЬЮ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1. уменьшение объема распределения водорастворимых ЛС 2. <i>уменьшение всасывания лекарственных средств (ЛС) в пищеварительном тракте</i> 3. увеличение объема распределения водорастворимых ЛС 4. уменьшение объема выделяемой мочи почками 5. верно 2,4
ПК-5, ПК-6	226. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО БРОНХИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. туберкулез 2. хронический бронхит 3. <i>очаговая пневмония</i> 4. рак легкого 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-6	227. ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧАСТО СВЯЗАНА С 1. острым циститом 2. <i>аденомой предстательной железы</i>

	3. хроническим пиелонефритом 4. острым гломерулонефритом 5. слабостью мышц тазового дна
ПК-5, ПК-8	228. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ САД ВЫШЕ ММ РТ.СТ. 1. 200 и диастолическом АД выше 120 2. 140 и диастолическом АД выше 90 3. 160 и диастолическом АД выше 90 4. <i>140 и диастолическом АД менее 90</i> 5. 140 и диастолическом АД равно 90
ОПК-5, ПК-6	229. ВНЕЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ВКЛЮЧАЮТ 1. <i>спутанность сознания</i> 2. выраженную тахикардию 3. незначительную желтуху 4. миалгии и оссалгии 5. верно 1,4
ПК-5	230. СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1. увеличением вариабельности АД 2. <i>уменьшением вариабельности АД</i> 3. снижением АД во время ночного сна 4. увеличением АД в утренние часы 5. верно 2,4
ПК-6	231. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДОМАШНЕЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1. <i>пневмококк</i> 2. микоплазма 3. хламидия 4. легионелла 5. гемофильная палочка
ПК-6	232. ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. частота атопических форм 2. <i>преобладание отечно-секреторного механизма обструкции</i> 3. редкость атопических форм 4. преобладание бронхоспастического механизма обструкции 5. верно 2,4
ПК-5	233. К РАЗВИТИЮ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ 1. психоэмоциональный стресс 2. физическое переутомление 3. перегревание

	4. <i>постельный режим</i> 5. верно 3,4
ОПК-5	234. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. <i>повышение порога болевой чувствительности</i> 2. снижение порога болевой чувствительности 3. ослабление воспалительной реакции 4. усиление воспалительной реакции 5. верно 1,3
ПК-6	235. В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ 1. инфекционный эндокардит 2. миксоматозная дегенерация клапанов 3. <i>ревматизм</i> 4. генетическая тромбофилия 5. ангина
ПК-5	236. ПРИЗНАКОМ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1. появление ночной потливости и интоксикации 2. <i>усиление одышки и выделения мокроты</i> 3. полиурия на фоне гипертермии 4. анурия на фоне гипертермии 5. верно 2,4
ОПК-7, ПК-9	237. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ 1. <i>возможное нарушение всасывания лекарств</i> 2. ускоренное выведение лекарств почками 3. повышенного метаболизма 4. значительное усиление всасываемости лекарств 5. верно 1,2
ОПК-7	238. ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ У ПОЖИЛЫХ СВЯЗАНО С 1. нарушением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте 2. снижением кровотока в зоне микроциркуляции 3. <i>снижением функции печени и почек</i> 4. повышением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте 5. верно 1,3
ОПК-7, ПК-9	239. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ 1. <i>общее улучшение самочувствия</i> 2. литическое снижение температуры 3. исчезновение кашля и мокроты

	4. нормализация ночного сна 5. верно 1,3
ПК-1	240. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ 1. проводится пожизненно курсами 2. <i>начинается при возникновении риска</i> 3. включает длительную иммобилизацию 4. требует соблюдения антитромботической диеты 5. с диагностики заболевания
ОПК-5, ПК-6	241. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ 1. <i>коленные</i> 2. лучезапястные 3. челюстно-лицевые 4. пястно-фаланговые 5. тазобедренные
ОПК-5	242. В ЭТИОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ 1. травма сустава 2. реактивный артрит в анамнезе 3. гиперурикемия 4. <i>генетический фактор</i> 5. верно 1,4
ПК-5, ПК-6	243. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА 1. дистальных межфаланговых суставов кисти 2. <i>проксимальных межфаланговых суставов кисти</i> 3. первого плюснефалангового сустава 4. локтевого сустава 5. суставов запястья
ОПК-7, ПК-9	244. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1. Д-пенициламин 2. аллопуринол 3. колхицин 4. <i>хондроитинсульфат</i> 5. ГКС
ОПК-7, ПК-9	245. К ПРЕПАРАТАМ ЗАМЕДЛЕННОГО МОДИФИЦИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ 1. нестероидные противовоспалительные препараты 2. глюкокортикостероиды 3. <i>хондропротекторы</i> 4. цитостатики 5. хондростатики

ОПК-5, ПК-6	246. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО 1. скованность в движениях утром в течение 120 минут 2. деформация суставов 3. механический тип болей 4. ограничение подвижности суставов 5. верно 1,4
ПК-5, ПК-8	247. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ 1. сужение суставной щели и хондрокальциноз 2. сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узур 3. кисты в эпифизах 4. сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты, кистовидные просветления в эпифизах 5. верно 1,4
ПК-1, ПК-2	248. БОЛЬНЫЕ С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ОСМАТРИВАЮТСЯ 1. 4 раза в год 2. 1 раз в год 3. 2 раза в год 4. 1 раз в месяц 5. 1 раз в квартал
ПК-5, ПК-8	249. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНО 1. множественные эрозии суставных поверхностей 2. остеофитоз 3. остеопороз 4. симптом «пробойника» 5. верно 2,3
ПК-5, ПК-8	250. ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТЕОАРТРОЗА 1. субхондральный склероз и остеофиты 2. эрозии 3. кистовидные просветления 4. остеолит 5. верно 1,4
ОПК-5	251. МЕЖФАЛАНГОВЫЕ СУСТАВЫ ПАЛЬЦЕВ ПО ФОРМЕ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ 1. эллипсоидными 2. блоковидными 3. шаровидными 4. плоскими 5. верно 2,3
ОПК-5	252. КАКОЕ ИЗ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА НАИБОЛЕЕ ВСЕГО ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА

	1. <i>ожирение</i> 2. дислипидемия 3. гипертиреоз 4. акромегалия 5. верно 1,2
ПК-5, ПК-6	253. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ ОБНАРУЖЕНЫ УЗЛЫ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ: 1. системная красная волчанка 2. ревматоидный артрит 3. системная склеродермия 4. <i>остеоартроз суставов кистей</i> 5. остеохондроз позвоночника
ПК-6	254. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА 1. первого плюснефалангового сустава 2. дистальных межфаланговых суставов кисти 3. <i>проксимальных межфаланговых суставов кисти</i> 4. локтевого сустава 5. коленного сустава
ПК-5, ПК-6	255. ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ РАЗВИВАЮТСЯ УЗЕЛКИ БУШАРА НА 1. 1 и 2 дистальных межфаланговых суставах кисти 2. <i>проксимальных межфаланговых суставах кисти</i> 3. всех плюснефаланговых суставах симметрично 4. первых плюснефаланговых суставах симметрично 5. дистальных межфаланговых суставах кисти
ПК-5, ПК-6	256. СИНДРОМ УТРЕННЕЙ СКОВАННОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1. <i>ревматоидного артрита</i> 2. деформирующего остеоартроза 3. подагры 4. болезни Рейтера 5. верно 1,4
ОПК-5	257. АУТОИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1. подагры 2. <i>ревматоидного артрита</i> 3. остеоартроза 4. болезни Рейтера 5. остеохондроза
ПК-5, ПК-8	258. «ШТАМПОВАННЫЕ» ДЕФЕКТЫ В ЭПИФИЗАХ КОСТЕЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1. <i>подагры</i> 2. остеоартроза 3. ревматоидного артрита

	4. анкилозирующего спондилита 5. верно 1,4
ПК-5	259. БОЛИ В СУСТАВАХ ПРИ НАГРУЗКЕ, ПРОХОДЯЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1. реактивного артрита 2. подагрического артрита 3. ревматоидного артрита 4. <i>остеоартроза</i> 5. верно 1,4
ПК-5	260. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ 1. повышение кожной температуры над суставами 2. <i>появление механических болей</i> 3. появление припухлости суставов 4. гиперпигментация кожи над пораженными суставами 5. верно 2,3
ОПК-5	261. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ 1. первые пястно-фаланговые суставы стоп и кистей 2. коленные суставы 3. <i>проксимальные межфаланговые суставы</i> 4. суставы поясничного и шейного отделов позвоночника 5. верно 2,3
ПК-5	262. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ 1. узелки Бушара 2. <i>пальцы в виде «шеи лебедя»</i> 3. хруст в суставах 4. покраснение в области суставов 5. верно 2,4
ПК-1, ПК-2	263. БОЛЬНЫЕ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ОСМАТРИВАЮТСЯ _ РАЗ В ГОД 1. 2 2. 12 3. 1 4. 4 5. 5
ПК-5, ПК-6	264. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СУСТАВОВ (НЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ЭТОМ ЗАБОЛЕВАНИИ) 1. проксимальные межфаланговые суставы кистей 2. <i>дистальные межфаланговые суставы кистей</i> 3. лучезапястные суставы

	4. плюснефаланговые суставы 5. верно 2,4
ПК-6	265. В ДЕБЮТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ 1. тазобедренные суставы 2. верхние шейные позвонки 3. нижние шейные позвонки 4. <i>лучезапястные суставы</i> 5. верно 3,4
ОПК-7, ПК-9	266. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ИЗ СИНТЕТИЧЕСКИХ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ 1. <i>метотрексат</i> 2. соли золота 3. аминохинолиновые производные 4. инфликсимаб 5. верно 1,2
ОПК-7, ПК-9	267. К СИНТЕТИЧЕСКИМ БАЗИСНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ 1. ремикейд 2. этарнецепт 3. <i>сульфасалазин</i> 4. тофацинитиб 5. верно 3,4
ПК-8, ПК-6	268. У БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩЕЙ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ, В МОЧЕ ОБНАРУЖЕНА ПРОТЕИНУРИЯ ДО 3,5 Г/Л. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ 1. миеломной болезни 2. хронического пиелонефрита 3. хронического гломерулонефрита 4. <i>амилоидоза почек</i> 5. верно 2,4
ПК-5, ПК-6	269. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ 1. крестцового отдела позвоночника 2. поясничного отдела позвоночника 3. <i>шейного отдела позвоночника</i> 4. крестцово-подвздошных сочленений 5. копчика
ПК-5, ПК-6	270. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. острый моноартрит сустава большого пальца стопы 2. <i>стойкие артралгии</i> 3. незрозивный характер артрита

	4. утренняя скованность более 1 часа 5. верно 2,4
ПК-5	271. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО 1. асимметричность поражения суставов 2. <i>утренняя скованность более часа</i> 3. поражение дистальных межфаланговых суставов 4. выраженная гиперемия в области суставов 5. артрозы
ПК-5, ПК-8	272. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ 1. межпозвоночные оссификаты 2. остеофитоз 3. <i>эрозии суставной поверхности</i> 4. односторонний сакроилеит 5. хондроз
ОПК-8, ПК-7	273. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СЕРОПОЗИТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ I – II СТЕПЕНЕЙ АКТИВНОСТИ 1. 15 – 20 дней 2. <i>30 – 45 дней</i> 3. 21 – 30 дней 4. 7 – 14 дней 5. 20-30 дней
ОПК-5	274. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ 1. крестцово-подвздошные сочленения 2. коленные 3. <i>межфаланговые</i> 4. челюстно-лицевые 5. верно 2,3
ПК-6	275. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ СУСТАВОВ 1. реактивным 2. дегенеративным 3. метаболическим 4. <i>воспалительным</i> 5. верно 2,4
ОПК-7, ПК-9	276. ОТМЕТИТЬ НА КАКОЙ ИЗ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ ВЛИЯЮТ БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 1. <i>хроническое иммунное воспаление</i> 2. подавление локального местного воспаления 3. этиологические факторы 4. генетическая предрасположенность

	5. верно 1,2
ОПК-5, ПК-6	277. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ 1. олигоартрит 2. <i>полиартрит</i> 3. артралгия 4. моноартрит 5. верно 2,3
ОПК-7, ПК-9	278. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ 1. Д-пеницилламин 2. сульфасалазин 3. гидроксихлорохин 4. <i>метотрексат</i> 5. ГКС
ОПК-7, ПК-9	279. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ВИДЕ 1. цитопенического синдрома 2. <i>вторичного амилоидоза</i> 3. рефрактерной анемии 4. гемолитического синдрома 5. верно 2,4
ПК-5, ПК-8	280. В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ 1. анемии 2. повышенного уровня мочевой кислоты 3. диспротеинемии 4. <i>антитела к цитрулинированному пептиду</i> 5. верно 2,4
ОПК-5, ПК-6	281. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. острый моноартрит сустава большого пальца стопы 2. стойкие артралгии 3. <i>неэрозивный характер артрита</i> 4. утренняя скованность более 1 часа 5. верно 2,3
ОПК-7, ПК-9	282. ПОДАГРА СЛУЖИТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ 1. антагонистов кальция 2. ингибиторов АПФ 3. β-адреноблокаторов 4. <i>тиазидных диуретиков</i> 5. верно 2,4
ОПК-5,	283. ДЛЯ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

ПК-6	1. выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты 2. мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой 3. <i>в период приступов может развиваться лихорадка</i> 4. действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты 5. верно 1,3
ОПК-5, ПК-6	284. МОНОАРТРИТ, КАК ПРАВИЛО, ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ 1. ревматоидном артрите 2. <i>подагре</i> 3. анкилозирующем спондилоартрите 4. системной красной волчанке 5. верно 2,4
ОПК-7, ПК-9	285. ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ 1. метотрексата 2. аллопуринола 3. фебуксостата 4. <i>диклофенака</i> 5. верно 2,4
ОПК-7, ПК-9	286. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ НАЗНАЧАЮТ 1. <i>аллопуринол</i> 2. метилпреднизолон 3. ациклоклофенак 4. моноклональные антитела у интрелейкину 1 β (канакинума Б) 5. верно 1,3
ОПК-7, ПК-9	287. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПОДАГРИЧЕСКОЙ АТАКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ 1. колхицина 2. глюкокортикостероидов 3. <i>НПВП в полных дозах</i> 4. аллопуринола 5. верно 3,4
ОПК-5, ПК-6	288. СОЧЕТАНИЕ РАННЕГО ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПРОЦЕСС ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ, В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ РЕЗКОЕ ПОКРАСНЕНИЕ, ДЕФИГУРАЦИЯ СУСТАВОВ, ПОДЪЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, НЕФРОПАТИЯ, ПРИСТУПЫ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ПОДКОЖНЫЕ УЗЕЛКИ НА УШНЫХ РАКОВИНАХ И ЛОКТЯХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1. ревматоидного артрита 2. <i>подагры</i> 3. ревматического полиартрита 4. деформирующего остеоартроза 5. верно 2,4

ПК-6, ПК-8	289. ДИАГНОЗ ПОДАГРЫ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НА ОСНОВАНИИ 1. повышения уровня трансаминаз в крови 2. болей механического типа в суставах 3. утренней скованности 4. <i>артрита плюснефалангового сустава</i> 5. верно 2,4
ПК-5, ПК-8	290. НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОДАГРЫ 1. значительное разрушение хряща 2. образование костных каверн 3. <i>«симптом пробойника»</i> 4. околосуставной эпифизарный остеопороз 5. верно 3,4
ОПК-7, ПК-9	291. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОДАГРЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ 1. хондропротекторами 2. <i>нестероидными противовоспалительными средствами</i> 3. кортикостероидами 4. иммобилизацией пораженных суставов 5. верно 2,3
ОПК-7, ПК-9	292. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ 1. ингибиторы протоновой помпы, диуретики, глюкокортикоиды 2. глюкокортикоиды, ингибиторы АПФ, колхицин 3. <i>нестероидные противовоспалительные средства, колхицин, глюкокортикоиды</i> 4. блокаторы H2-гистаминовых рецепторов, сердечные гликозиды, нестероидные противовоспалительные средства 5. верно 2,3
ОПК-6, ПК-7	293. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПОДАГРЕ 1. 15 – 20 дней 2. 7 – 10 дней 3. 10 – 14 дней 4. 5 – 7 дней 5. 8-12 дней
ПК-5, ПК-8	294. КРУГЛЫЕ ШТАМПОВАННЫЕ ДЕФЕКТЫ В ЭПИФИЗАХ КОСТЕЙ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ 1. миеломной болезни 2. псориатическом артрите 3. <i>подагре</i> 4. системной красной волчанке 5. болезни Бехтерева
ПК-6	295. ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ

	ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ 1. симметричного полиартрита 2. асимметричного полиартрита 3. симметричного олигоартрита 4. <i>асимметричного моноартрита</i> 5. верно 2,4
ОПК-5	296. ДЛЯ ПЕРВОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ 1. пястнофаланговых 2. <i>плюснефаланговых</i> 3. голеностопных 4. коленных 5. предплюсны
ОПК-7, ПК-9	297. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН 1. фебуксостат 2. аллопуринол 3. <i>колхицин</i> 4. дезурик 5. верно 1,3
ОПК-7, ПК-9	298. ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНТЕЗА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДАГРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ 1. <i>аллопуринол</i> 2. диклофенак 3. гидрохлортиазид 4. цистон 5. урисан
ОПК-7, ПК-9	299. ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ 1 метотрексата 2. аллопуринола 3. фебуксостата 4. <i>диклофенака</i> 5. преднизолона
ПК-1, ПК-2	300. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1. <i>ежегодно 1 раз в 3 года</i> 2. 1 раз в квартал 3. 1 раз в 2 года 4. 1 раз в 3 года 5. 2 раза в год
ОПК-6, ПК-7	301. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ДОКУМЕНТОВ, УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ

	ИМЕЕТ: 1. врач станции скорой помощи 2. врач станции переливания крови 3. врач бальнеолечебницы 4. <i>все ответы неверные</i> 5. судебно-медицинский эксперт
ПК-5, ПК-6	302. ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. боль в правом подреберье 2. коллапс 3. <i>высокий уровень амилазы (диастазы) в крови и моче.</i> 4. гипогликемия 5. диарея
ОПК-6, ПК-6	303. У ЖЕНЩИНЫ 72 ЛЕТ ВПЕРВЫЕ НА ФОНЕ ПОХУДЕНИЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПОЛГОДА НА 10 КГ ПРИ ФГС ВЫЯВЛЕНА ЯЗВА ЖЕЛУДКА И НЕБОЛЬШОЙ ОЧАГ ПОВЫШЕННОЙ ЭХОГЕННОСТИ В ПЕЧЕНИ ПРИ УЗИ. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО: 1. язвенная болезнь желудка 2. с-м Меллори-Вейса 3. язва желудка с сопутствующей кистой печени 4. <i>рак желудка с метастазами в печень</i> 5. жировой гепатоз, язвенная болезнь желудка
ОПК-6, ПК-6	304. У БОЛЬНОГО 60 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ НА ФОНЕ ЖАЛОБ АСТЕНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА ПЕРИОДИЧЕСКИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ТЯЖЕСТЬ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ТОШНОТА. В ЭТО ВРЕМЯ НАРУШАЮТСЯ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ: АЛАТ, БИЛИРУБИН, СУЛЕМОВАЯ ПРОБА. РЕЦИДИВЫ ЧАЩЕ СВЯЗАНЫ С ПЕРЕНЕСЕННЫМИ ОРВИ. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: 1. <i>хронический гепатит</i> 2. билиарный цирроз печени 3. синдром раздраженного кишечника 4. хронический миелолейкоз 5. псевдоцирроз печени
ПК-5, ПК-6	305. ОСНОВНОЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИИ ПОЧЕК: 1. мочевины 2. мочевая кислота 3. <i>креатинин крови</i> 4. белок крови 5. холестерин
ОПК-2, ПК-1	306. ПОВЫШЕННЫЙ РИСК ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ ДЛЯ ЖЕНЩИН: 1. <i>> 82см</i>

	2. > 90см 3. > 94см 4. > 102см 5. > 110 см
ПК-6, ПК-8	307. СИМПТОМ МЕЙО-РОБСОНА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ: 1. острый холецистит 2. перфорация язвы 12-перстной кишки 3. острый аппендицит 4. <i>острый панкреатит</i> 5. кишечная непроходимость
ОПК-6, ПК-10	308. ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ ПРИВРАТНИКА: 1. боль 2. <i>быстрое насыщение, рвота, съеденной накануне пищи, снижение веса</i> 3. рвота кофейной гущей, снижение веса 4. непереваренные остатки пищи в стуле, боль, снижение веса 5. верно 2, 4
ОПК-6, ПК-6	309. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛТУХИ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. дисфункция желчных путей 2. <i>опухоль панкреато-дуоденальной зоны</i> 3. хронический гепатит 4. описторхоз 5. цирроз печени
ОПК-6, ПК-7	310. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1. тяжесть течения болезни 2. условия труда 3. степень функциональных нарушений 4. <i>клинический и трудовой прогноз</i> 5. тяжесть анатомических изменений в организме
ОПК-7, ПК-9	311. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СРК ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ В СЕБЯ: 1. меры психосоциальной адаптации 2. диетотерапию 3. медикаментозную терапию 4. верно 2, 3 5. <i>верно 1, 2</i>
ОПК-6, ПК-6	312. У ЖЕНЩИНЫ 28 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ БОЛИ В МЕЛКИХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СКВ КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БУДЕТ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА:

	1. повышение СОЭ 2. рентгенологические признаки деструкции околоуставных тканей 3. наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови 4. <i>наличие LE-клеток в крови</i> 5. повышение иммуноглобулинов и СРБ
ПК-6, ПК-8	313. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ: 1. обострение хронического панкреатита 2. обострение хронического холецистита 3. почечная колика 4. <i>инфаркт миокарда</i> 5. печеночная колика
ОПК-5	314. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ: 1. гастрин 2) панкреатического сока 3. <i>холецистокинин</i> 4. секретин 5. верно 1, 3
ПК-5, ПК-6	315. ОСНОВНЫМИ ОТЛИЧИЯМИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. локализация язвы 2. величина язвы 3. <i>отсутствие хронического рецидивирующего течения</i> 4. кровотечение 5. частая пенетрация
ОПК-5	316. ВЕДУЩИМИ ФАКТОРАМИ В ЭТИОЛОГИИ ДИСКИНЕЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. психоэмоциональные 2. неврогенные 3. недостаток балластных веществ в организм 4. изменение активности эндокринных желез 5. <i>дисбактериоз кишечника</i>
ПК-6, ПК-9	317. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТЮБАЖЕЙ: 1. желчнокаменная болезнь 2. <i>гипомоторная дисфункция желчевыводящих путей</i> 3. гипермоторная дисфункция желчевыводящих путей 4. постхолецистэктомический синдром 5. заболевания печени с внутрипеченочным холестазом
ОПК-8, ПК-14	318. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

	1. натриево-гидрокарбонатные 2. <i>натриево-хлоридные</i> 3. натриево-сульфатно-гидрокарбонатные 4. радоновые 5. мышьяковые
ОПК-6, ПК-11	319. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. лихорадка 2. рвота 3. изжога 4. <i>ригидность передней брюшной стенки</i> 5. гиперперистальтика
ПК-8, ПК-9	320. БОЛЬНОМУ ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ НАЗНАЧАЮТ: 1. стол № 15 2. стол № 5 3. стол № 9 4. стол № 10 5. <i>стол № 0</i>
ОПК-6, ПК-6	321. ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ ГУБ, ЯЗЫКА, СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: 1. цинги 2. синдрома Меллори-Вейса 3. геморрагического васкулита 4. <i>синдрома Вебера-Рандю-Ослера</i> 5. болезни Верльгофа
ПК-5, ПК-6	322. У 80 ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЫ ВОЗНИКАЕТ ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЬ В МЕЗОГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В СОЧЕТАНИИ С РВОТОЙ И ВЗДУТИЕМ ЖИВОТА ПРИМЕРНО ЧЕРЕЗ 30 МИНУТ ПОСЛЕ ЕДЫ. ЗА ПОСЛЕДНИЕ НЕСКОЛЬКО МЕСЯЦЕВ ОНА ПОХУДЕЛА НА 6 КГ, ТАК КАК ОНА ОГРАНИЧИВАЛА ПРИЕМ ПИЩИ, ТАК КАК БОЯЛАСЬ, ЧТО ОНА БУДЕТ ПРОВОЦИРОВАТЬ БОЛИ. НАД ПРАВОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ШУМ, ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СНИЖЕНА НА ОБЕИХ КОНЕЧНОСТЯХ. АНАЛИЗ СТУЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ. ФГС, ИРРИГОСКОПИЯ, КОЛОНОСКОПИЯ НЕ ВЫЯВИЛИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ. ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ СКОРЕЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНО: 1. психогенными факторами 2. новообразованием 3. воспалением 4. <i>ишемией</i> 5. преходящей обструкцией
ПК-8, ПК-9	323. МАКСИМАЛЬНУЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ, ЕСЛИ:

	1. проводить систематическую лекарственную терапию больных, принимающих ГКС 2. обеспечить тщательное соблюдение диеты 3. своевременно провести операцию портокавального анастомоза или спленомегалию 4. осуществлять систему мероприятий, включающих в себя психотерапию, исключение алкоголя и гепатотоксических веществ, сбалансированное питание и этиотропные воздействия 5. применять иммуномодулирующую терапию
ПК-5, ПК-8	324. НАЗОВИТЕ МИНИМУМ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ: 1. ЭКГ 2. исследование желудочной секреции 3. рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки 4. ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы 5. ФГС
ОПК-5, ПК-8	325. КАКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЗВОЛЯЮТ СУДИТЬ О НАЛИЧИИ ХОЛЕСТАЗА: 1. гемоглобин 2. содержание лейкоцитов 3. уровень белка 4. АлАТ, АсАТ 5. билирубин, щелочная фосфатаза
ОПК-5, ПК-6	326. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ: 1. циррозе печени 2. метастатическом раке печени 3. хроническом гепатите 4. холелитиазе 5. хроническом панкреатите
ПК-8, ПК-9	327. МУЖЧИНА 55 ЛЕТ СТРАДАЕТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ЧАСТЫМИ РЕЦИДИВАМИ. НА ТЕРАПИЮ Н2-ГИСТАМИНБЛОКАТОРАМИ РЕАГИРОВАЛ ПОЛОЖИТЕЛЬНО. ПОСТУПИЛ С КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВОЙ. ЗА 4 НЕДЕЛИ ТЕРАПИИ РАНИТИДИНОМ ЯЗВА ЗАРУБЦЕВАЛАСЬ. КАКОВА ДАЛЬНЕЙШАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА: 1. прерывистая курсовая терапия Н2-гистаминблокаторами 2. поддерживающая терапия Н2-гистаминблокаторами 3. хирургическое лечение 4. терапия сукральфатом 5. курсовая терапия омепразолом
ОПК-8, ПК-14	328. МОЖНО РАЗРЕШИТЬ ЛЕЧЕНИЕ НА ДАЛЬНИХ КУРОРТАХ БОЛЬНОМУ С: 1. ГБ, кризовое течение

	2. хронический активный гепатит 3. ИБС, стенокардия напряжения, II функциональный класс, СН 0-1 стадии 4. хронический гломерулонефрит, смешанный вариант течения 5. правильно все
ОПК-5	329. КАКАЯ ТЕОРИЯ ПАТОГЕНЕЗА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЕЙЧАС ВЕДУЩЕЙ: 1. теория весов 2. <i>инфекционная теория</i> 3. аллергическая теория 4. нервно-рефлекторная теория 5. верно 1, 3
ПК-5, ПК-8	330. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ И ЛОКАЛИЗАЦИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖКТ: 1. рентгенография 2. портоманометрия 3. <i>гастродуоденоскопия</i> 4. лапароскопия 5. целиакография
ОПК-8, ПК-14	331. ПРИ ГИПЕРАЦИДНОМ ГАСТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. натриево-хлоридные 2. натриево-хлоридные-гидрокарбонатные 3. <i>натриево-гидрокарбонатные</i> 4. натриево-сульфатные-гидрокарбонатные 5. воды с высоким содержанием органических веществ
ОПК-6, ПК-6	332. БОЛЬНОЙ, 59 ЛЕТ, ЗАБОЛЕЛ ВПЕРВЫЕ ДВОЕ СУТОК НАЗАД ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ. ПОЯВИЛАСЬ ОДЫШКА, ПОСТОЯННЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТА, ДВАЖДЫ РВОТА. ОБЪЕКТИВНО: КОЖА БЛЕДНАЯ, ВЫРАЖЕНА ПОТЛИВОСТЬ. ЯЗЫК ОБЛОЖЕН БЕЛЫМ НАЛЕТОМ. ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, АРИТМИЧНЫ (5-6 ЭКСТРАСИСТОЛ В МИНУТУ). ЧСС – 92 В МИНУТУ. АД 150/90 ММ РТ.СТ. ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ БЕЗ ПАТОЛОГИИ. ЧДД 24 В МИНУТУ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ВО ВСЕХ ОТДЕЛАХ. СТУЛ БЫЛ ОДИН РАЗ УТРОМ, ОФОРМЛЕННЫЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ: 1. <i>отравление суррогатами алкоголя</i> 2. пищевая токсикоинфекция 3. обострение хронического гастрита 4. абдоминальный вариант инфаркта миокарда 5. РВНС с синдромом желудочной диспепсии
ОПК-5	333. ИЗ КАКОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО СОЕДИНЕНИЯ СИНТЕЗИРУЮТСЯ ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ: 1. фосфолипиды

	2. холестерин 3. арахидоновая кислота 4. этиленгликоль 5. ксилит
ПК-5, ПК-6	334. ОПИСАНИЕ БОЛИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ: 1. резкого начала 2. диффузно распределяется в эпигастрии 3. постоянный характер болей 4. иррадирует в спину 5. <i>не сопровождается тошнотой и рвотой</i>
ОПК-5	335. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ МОТОРНОЙ ДИАРЕИ: 1. сальмонеллез 2. синдром мальабсорбции 3. болезнь Крона 4. <i>синдром раздраженного кишечника</i> 5. гепатит
ПК-8 ПК-9	336. ТАКТИКА ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДИАРЕИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ: 1. наблюдение на дому 2. госпитализация в плановом порядке 3. срочно провести анализ кала на дизгруппу 4. <i>во время посещения больного на дому забрать анализ кала на дизгруппу, экстренная госпитализация, извещение в ЦСЭН</i> 5. верно 1, 2
ПК-8, ПК-9	337. К ПРИНЦИПАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ОТНОСЯТ: 1. нормализацию психологического статуса 2. физические тренировки 3. употребление пищи, богатой волокнами 4. нормализацию режима и рациона питания 5. <i>верно 1, 4</i>
ОПК-5	338. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ОТНОСЯТ: 1. несбалансированность рациона 2. органическую обструкцию просвета кишки 3. аномалии развития и положения толстой кишки 4. психогенные факторы 5. <i>верно 1, 2</i>
ОПК-5	339. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ В НОРМЕ ЧАСТОТА СТУЛА: 1. 1-2 раза в неделю 2. от 3 раз в день до 3 раз в неделю 3. <i>в среднем 1 раз в день</i> 4. от 5 раз в день, до 2 раз в неделю

	5. верно 2, 3
ПК-5, ПК-6	340. У ЖЕНЩИНЫ 28 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ БОЛИ В МЕЛКИХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУРЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СКВ КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БУДЕТ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА: 1. повышение СОЭ 2. рентгенологические признаки деструкции околоуставных тканей 3. наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови 4. наличие LE-клеток в крови 5. повышение иммуноглобулинов и СРБ
ПК-5, ПК-8	341. КАКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ ВЫРАЖЕННОСТЬ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА: 1. билирубин 2. амилаза 3. АлАТ, АсАТ 4. альбумин 5. холестерин
ПК-5, ПК-6	342. ХОЛЕСТАЗ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПО СЛЕДУЮЩИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ДАННЫМ: 1. увеличение щелочной фосфатазы в 4 раза 2. увеличение АлАТ в два раза 3. увеличение сывороточного билирубина в 2 раза 4. снижение гемоглобина 5. верно 1, 2, 3
ОПК-6, ПК-6	343. ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МЕЖДОЛЬКОВЫХ И СЕПТАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ИММУННОЙ ПРИРОДЫ, ПРИ КОТОРОМ ПОСТЕПЕННО РАЗРУШАЮТСЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ, ЧТО ВЕДЕТ К ПЕРСИСТИРУЮЩЕМУ ХОЛЕСТАЗУ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ЭТО: 1. вирусный гепатит 2. с-м Жильбера 3. стеатоз печени 4. первичный билиарный цирроз 5. верно 1, 3
ПК-5, ПК-8	344. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА: 1. ректороманоскопия 2. бактериологическое исследование кала 3. ирригоскопия 4. колоноскопия 5. биохимический анализ крови: белок, трансаминазы, фибрин
ОПК-5	345. СТЕАТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ:

	1. увеличением количества свободных жирных кислот, поступающих в печень 2. избыточным синтезом свободных жирных кислот 3. снижением синтеза или секреции ЛПОНП 4. верно 1, 2 5. <i>злоупотребления алкоголем</i>
ОПК-7, ПК-9	346. НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ К КОЛОНОСКОПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ: 1. бисакодил 2. препараты сенны 3. <i>фортранс</i> 4. верно 1, 2 5. клизмы 3-4 раза
ОПК-6, ПК-7	347. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКУЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА: 1. 25-35 дней 2. 40-50 дней 3. <i>14-20 дней</i> 4. 8-12 дней 5. 55-65 дней
ПК-5, ПК-6	348. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА: 1. ревматоидный артрит 2. псориатический артрит 3. подагра 4. <i>остеоартроз</i> 5. остеопороз
ОПК-6, ПК-11	349. ОСТРЫЕ «КИНЖАЛЬНЫЕ» БОЛИ В ЖИВОТЕ, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА, НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ: 1. пенетрацию язвы 2. <i>перфорацию язвы</i> 3. кровотечение из язвы 4. малигнизацию язвы 5. острый аппендицит
ОПК-6, ПК-11	350. У ПАЦИЕНТА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ С-М ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА, С-М КУРВУАЗЬЕ, ФРЕНИКУС С-М. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАДО ДУМАТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ: 1. язва желудка 2. острый панкреатит 3. острый аппендицит 4. почечная колика

	<i>5. острый холецистит</i>
ОПК-6, ПК-7	351. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: 1. 20-26 дней 2. 26-32 дня 3. 48-55 дней 4. 8-12 дня 5. 50-60 дней
ПК-5, ПК-6	352. КАКОЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ СКВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: 1. артрит (синовит) 2. кожная эритема 3. кардит 4. васкулит 5. неврит
ОПК-2, ПК-1	353. ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РАЗВИТИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ: 1. ХОБЛ 2. сахарный диабет 3. хроническая сердечная недостаточность 4. алкоголизм 5. <i>верно 1, 2</i>
ПК-8, ПК-9	354. БОЛЬНОМУ В., 35 ЛЕТ, ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТРИЦАЕТ, ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ. НАЗНАЧЕН АМОКСИЦИЛЛИН. ЧЕРЕЗ 72 ЧАСА СОХРАНЯЕТСЯ ЛИХОРАДКА, ИНТОКСИКАЦИЯ, В ОАК УВЕЛИЧИЛОСЬ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ. ВАША ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА: 1. продолжить ранее назначенную антибактериальную терапию 2. <i>заменить/добавить макролидный антибиотик</i> 3. увеличить дозу амоксициллина 4. заменить/добавить гентамицин 5. добавить метронидазол
ПК-8, ПК-9	355. БОЛЬНОЙ П., 43 ЛЕТ НАХОДИЛСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГКБ №6 С ДИАГНОЗОМ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ НИЖНЕДОЛЕВАЯ ПНЕВМОНИЯ. ВЫПИСАН НА АМБУЛАТОРНОЕ ДОЛЕЧИВАНИЕ. ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПРИНИМАЕТ. ОБ-НО: Т ТЕЛА 37,2С, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ СУХИЕ ХРИПЫ В НИЖНЕЙ ДОЛЕ СПРАВА. В ОАК УСКОРЕННОЕ СОЭ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ: 1. назначить антибиотик после антибиотикограммы 2. назначить муколитики 3. <i>продолжить наблюдение</i>

	4. назначить 1, 2 5. верно 2, 3
ОПК-7, ПК-9	356. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА У БОЛЬНОГО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 42 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: <i>1. амоксициллин или макролиды внутрь</i> 2. респираторный фторхинолон 3. доксациклин внутрь 4. цефуроксимаксетил внутрь 5. верно 1, 3
ОПК-6, ПК-7	357. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОРВИ: 1. 14-21 день 2. 15-16 дней 3. 4-8 дней 4. 8-10 дней 5. 2-3 дня
ПК-5, ПК-6	358. У БОЛЬНОГО П., ДИАГНОСТИРОВАНА ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ НИЖНЕДОЛЕВАЯ ПНЕВМОНИЯ. В АНАМНЕЗЕ ХОБЛ, КУРЕНИЕ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ У ДАННОГО БОЛЬНОГО: 1. <i>S. aureus</i>, анаэробы 2. <i>S. pneumoniae</i>, <i>H. influenzae</i>, <i>Legionella</i> 3. <i>P. aeruginosa</i>, <i>B. ceratophilus</i> 4. <i>S. pneumoniae</i>, <i>M. pneumoniae</i>, <i>C. pneumoniae</i> 5. <i>Legionella</i>
ПК-5, ПК-6	359. ПОВЫШЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ ЛЕГКИХ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ, РАСШИРЕНИЕ МЕЖРЕБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ, УПЛОЩЕНИЕ КУПОЛА ДИАФРАГМЫ СЧИТАЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ: 1. спонтанного пневмоторакса 2. легочного кровотечения 3. внебольничной пневмонии 4. <i>эмфиземы</i> 5. кавернозного туберкулеза
ОПК-5, ПК-5	360. ПЕРКУТОРНО ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: <i>1. притупление перкуторного звука</i> 2. ясный легочный звук 3. коробочный перкуторный звук 4. перкуторный звук 5. бронхиальное дыхание
ПК-5, ПК-6	361. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ: <i>1. абсцедирование</i> 2. острая почечная недостаточность

	3. отек легких 4. ателектаз 5. пневмоторакс
ОПК-8, ПК-14	362. КАКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОКАЗАНЫ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ: 1. лечебная физкультура 2. дыхательная гимнастика 3. курс поливитаминов 4. прогулки на свежем воздухе 5. <i>верно 1, 2, 3</i>
ОПК-6, ПК-7	363. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ С ЛЕГКИМ ТЕЧЕНИЕМ: 1. <i>12-14 дней</i> 2. 7-9 дней 3. 16-20 дней 4. 21-27 дней 5. 34-39 дней
ПК-5, ПК-6	364. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ: 1. над грудиной 2. в эпигастральной области 3. <i>в нижних отделах со стороны спины и в подмышечной области</i> 4. над верхушками легких 5. по всем полям одинаково
ПК-5, ПК-6	365. ТУБЕРКУЛЕМА ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В: 1. сегментах S3, S7 и S9 2. <i>сегментах S1, S2 и S6</i> 3. сегментах S3, S7 и S11 4. сегментах S1, S2 и S9 5. сегментах S2, S8 и S11
ОПК-6, ПК-8	366. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ: 1. возникновение новых симптомов (цианоз, периферические отеки) 2. отсутствие положительной динамики 3. выраженное усиление симптомов (например, внезапное появление одышки в покое) 4. исходно тяжелое течение ХОБЛ 5. <i>верно 1, 3</i>
ПК-5, ПК-6	367. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРАВОМОЧНО ГОВОРИТЬ О НЕРАЗРЕШАЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОНИИ: 1. к концу 4-ой недели от начала заболевания при сохранении интоксикационного синдрома 2. <i>к концу 4-ой недели от начала заболевания без полного рентгенологического</i>

	<i>разрешения очагово-инфильтративных изменений в легких</i> 3. к концу 2-ой недели от начала заболевания без полного рентгенологического разрешения очагово-инфильтративных изменений в легких 4. к концу 2-ой недели от начала заболевания при сохранении интоксикационного синдрома 5. верно 2,3
ОПК-7, ПК-9	368. К АМИНОГЛИКОЗИДАМ ОТНОСИТСЯ: 1. рифампицин 2. доксациклин 3. офлоксацин 4. <i>гентамицин</i> 5. метронидазол
ПК-8, ПК-9	369. ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА, ЕСЛИ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ 72 ЧАСА, СОХРАНЯЕТСЯ ИНТОКСИКАЦИЯ, ЛИХОРАДКА, ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ. ПРИНИМАЕТ АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛОНАТ: 1. продолжить терапию в течение суток без изменения препарата, дозы 2. продолжить терапию с увеличением дозы препарата 3. <i>заменить/добавить макролидный антибиотик</i> 4. заменить/добавить метронидазол 5. заменить/добавить природный пенициллин
ОПК-7, ПК-9	370. К ИНГИБИТОРАМ АПФ, ТРЕБУЮЩИМ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА В СУТКИ, ОТНОСЯТ: 1. периндоприл 2. эналаприл 3. каптоприл 4. рамиприл 5. <i>верно 1 и 4</i>
ОПК-7, ПК-9	371. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА СЧИТАЮТСЯ: 1. сердечные гликозиды 2. <i>β – адреноблокаторы</i> 3. нитраты 4. симпатомиметики 5. антибиотики
ОПК-7, ПК-9	372. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО СНИЖАЮТ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: 1. сердечные гликозиды 2. диуретики 3. ингибиторы АПФ 4. нитраты

	5. верно 2, 3
ПК-5, ПК-6	373. В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ПРЕДПОЛОЖЕНИИ РЕШАЮЩИМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА БУДЕТ: 1. длительное повышение СОЭ 2. гипохромная анемия 3. повышение СРБ 4. <i>выявление HLA антигенов</i> 5. повышение активности лизосомальных ферментов
ОПК-5, ПК-6	374. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОСЛОЖНЯЕТСЯ: 1. хронической сердечной недостаточностью 2. коронарной недостаточностью 3. <i>нарушением мозгового кровообращения</i> 4. нарушением функции почек 5. язвенной болезнью желудка
ПК-5	375. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: 1. перкуссия 2. ЭКГ 3. <i>ЭхоКГ</i> 4. рентгенологическое исследование 5. верно 1, 2
ОПК-5, ПК-5	376. СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: 1. чем выше АД, тем она выше 2. <i>чем выше АД, тем она ниже</i> 3. не зависит от уровня АД 4. чем ниже АД, тем она выше 5. чем ниже АД, , тем она ниже
ПК-5, ПК-6	377. ПРИ АНАЛИЗЕ ДАННЫХ СПИРОМЕТРИИ ПОЛУЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ: ИНДЕКС ТИФНО-54%, ОФВ1-57%. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: 1. бронхиальная астма; 2. ХОБЛ легкой степени; 3. <i>ХОБЛ средней степени;</i> 4. ХОБЛ тяжелой степени; 5. ХОБЛ крайне тяжелой степени
ОПК-7, ПК-9	378. К β-БЛОКАТОРАМ, ИМЕЮЩИМ ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА, ОТНОСЯТСЯ: 1. атенолол 2. <i>карведилол</i> 3. пропранолол

	4. надолол 5. метопролол
ОПК-7, ПК-9	379. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ: 1. покраснение лица 2. сердцебиение 3. <i>сухой кашель</i> 4. кожная сыпь 5. верно 1,3
ОПК-5, ПК-6	380. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ГРИППА И ОРЗ ХАРАКТЕРНО ПРЕОБЛАДАНИЕ СИНДРОМА ИНТОКСИКАЦИИ НАД КАТАРАЛЬНЫМ: 1. <i>грипп средней тяжести</i> 2. риновирусная инфекция 3. энтеровирусы 4. реовирусы 5. ретровирусы
ОПК-5, ПК-6	381. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ПРИ: 1. <i>гриппе</i> 2. парагриппе 3. риновирусной инфекции 4. микоплазме 5. токсоплазме
ПК-5, ПК-6	382. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ (ПОСТОЯННЫЙ) ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ: 1. <i>притупление</i> 2. бронхиальное дыхание в местах притупления 3. лихорадка 4. влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы 5. ослабление дыхания
ПК-5, ПК-6	383. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ХБ, ПРОТЕКАЮЩИЙ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МЕЛКИХ БРОНХОВ – ЭТО: 1. сильный надсадный сухой кашель 2. кашель с мокротой 3. <i>одышка</i> 4. притупление 5. лихорадка
ОПК-7, ПК-9	384. КАКИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БА: 1. антибиотики 2. <i>глюкокортикоиды</i> 3. кромогликат натрия 4. теofilлин 5. верно 1, 2

ПК-5, ПК-6	385. ДЛЯ РАССТРОЙСТВА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ: 1. кардиологический 2. аритмический 3. стенокардический 4. вегетативно-сосудистой дистонии 5. застойной сердечной недостаточности
ОПК-5	386. ГИПЕРТРОФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ: 1. восстановление ткани взамен утраченной 2. замещение соединительной 3. увеличение объема ткани, клеток, органов 4. уменьшение объема ткани, клеток, органов 5. переход от одного вида ткани к другой
ПК-5, ПК-8	387. ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. уменьшение вольтажа всех зубцов 2. подъем сегмента ST 3. депрессия ST более чем на 2 мм 4. появление отрицательных зубцов 5. тахикардия
ОПК-2, ПК-1	388. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО МАГНИЯ СОДЕРЖИТСЯ В 100Г: 1. картофеля 2. свеклы 3. вишни 4. морской капусты 5. хека
ОПК-5	389. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО У БОЛЬНОГО ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ЭРОЗИЙ, ЯЗВ И КРОВОТЕЧЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: 1. стрессовая ситуация, сопровождающая инфаркт миокарда 2. проведенная нейролептанальгезия 3. обострение хронического гастрита 4. нарушения кровоснабжения слизистой желудка или кишечника с некрозом и аррозией сосудов 5. проведенная антибиотикотерапия
ПК-5, ПК-6	390. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА: 1. легкая форма 2. среднетяжелая форма 3. тяжелое течение 4. молниеносная форма 5. верно 1, 3
ОПК-2,	391. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

ПК-1	1. никотин обладает канцерогенными свойствами 2. никотин вызывает склонность к кровоточивости 3. <i>никотин относится к тромбообразующим факторам</i> 4. верно 1) и 2) 5. все утверждения верны
ПК-5, ПК-8	392. ИЗ 5 ПАЦИЕНТОВ, ОПИСАНИЕ ЭКГ КОТОРЫХ ПРИВОДИТСЯ НИЖЕ, У 4-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СЕРДЕЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ, А У 1-ОРГАНИЧЕСКАЯ. УКАЖИТЕ ЭКГ ПАЦИЕНТА С ОПРЕДЕЛЁННО СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: 1. слабоотрицательные Т в правых грудных отделах 2. синусовая аритмия 3. экстрасистолическая аритмия 4. <i>комплекс QS в отведениях V3-V5</i> 5. синдром ранней реполяризации
ОПК-7, ПК-9	393. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АНАПРИЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. острый инфаркт миокарда 2. язвенная болезнь желудка 3. бронхиальная астма 4. <i>выраженная застойная сердечная недостаточность</i> 5. ХПН
ОПК-8, ПК-14	394. ВЫБЕРИТЕ КРИТЕРИИ ТЕРРЕНКУРА: 1. дозированная ходьба 2. дозированная ходьба с восхождением под углом 5° 3. <i>дозированная ходьба с восхождением под углом 15°</i> 4. лёгкий бег 5. быстрая ходьба в течение 30 мин
ОПК-7, ПК-9	395. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АНАПРИЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. ИМ 2. глаукома 3. <i>бронхиальная астма</i> 4. застойная сердечная недостаточность I ФК 5. верно 1, 3
ОПК-7, ПК-9	396. КАКУЮ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНОМУ С АГ, У КОТОРОГО СОПУТСТВУЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ: 1. ингибиторы АПФ – рамиприл, каптозил 2. антагонисты кальция – коринфар –ретард, норваск 3. <i>неселективные β – блокаторы – обзидан, анаприлин</i> 4. диуретики – гипотиазид, арифон 5. верно 1, 3
ОПК-6, ПК-6	397. БОЛЬНАЯ, 58 ЛЕТ. ПОСЛЕ ИНТЕНСИВНОЙ РАБОТЫ НА САДОВОМ УЧАСТКЕ ПОЧУВСТВОВАЛА СИЛЬНЫЕ ДАВЯЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ,

	ЛОМЯЩИЕ БОЛИ В ЛЕВОЙ РУКЕ, НЕХВАТКУ ВОЗДУХА, СЛАБОСТЬ, ПОТЛИВОСТЬ. ДВАЖДЫ ПРИНЯЛА НИТРОГЛИЦЕРИН– СОСТОЯНИЕ НЕ УЛУЧШИЛОСЬ. ОБЪЕКТИВНО: СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ВЛАЖНЫЕ. ТОНЫ СЕРДЦА АРИТМИЧНЫЕ, 5-6 ЭКСТРАСИСТОЛ В МИНУТУ. АД 160/95 ММ РТ.СТ., ЧСС 90 В МИНУТУ. ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, ХРИПОВ НЕТ. ЖИВОТ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ПАЛЬПАЦИЯ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА БОЛЕЗНЕННА. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ: 1. острый миокардит 2. климактерическая кардиопатия 3. <i>острый ИМ</i> 4. гипертоническая болезнь 5. гипертонический криз
ОПК-6, ПК-6	398. КАКОМУ ДИАГНОЗУ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ: КРАТКОВРЕМЕННАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ НА ФОНЕ ТАХИ/БРАДИКАРДИИ, ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ, ПУЛЬСА, ДАВЛЕНИЯ, БЛЕДНОСТЬ КОЖИ, СУДОРОГИ, НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ И ДЕФЕКАЦИЯ, БЫСТРОЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИСХОДНОГО САМОЧУВСТВИЯ: 1. фибрилляция желудочков 2. гипергликемическое состояние 3. <i>приступ Морганьи-Эдамса-Стокса</i> 4. эпилептический статус 5. ортостатический коллапс
ОПК-6, ПК-6	399. КАКОЙ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ АД СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ 144/96 ММ РТ. СТ.: 1. <i>1 степени</i> 2. 2 степени 3. 3 степени 4. 4 степень 5. нет повышения АД
ПК-5, ПК-8	400. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: 1. ЭКГ 2. <i>ЭхоКГ</i> 3. рентгенограмма органов грудной клетки 4. ФКГ 5. проба Реберга
ПК-1, ПК-2	401. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ НЕ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 1. отсутствие признаков обострения 2. снижение сроков временной нетрудоспособности

	3. присоединение других хронических заболеваний 4. изменение группы инвалидности 5. первичный выход на инвалидность
ПК-1, ПК-2	402. К ТРЕТЬЕЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ (Д-3а) ОТНОСЯТСЯ 1. здоровые, не предъявляющие жалоб, в анамнезе и при осмотре которых не выявлены хронические заболевания и физикальные нарушения 2. лица, с пограничными состояниями 3. практически здоровые лица, у которых в анамнезе острые и хронические заболевания, но не имеющие несколько лет обострений 4. лица с факторами риска 5. <i>граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании</i>
ОПК-8, ПК-14	403. РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИМ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ 1. только при неосложненном течении 2. больным до 50-летнего возраста 3. при отсутствии сопутствующих заболеваний 4. <i>всем по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда</i> 5. кардиологическим больным по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда
ПК-5, ПК-8	404. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ 1. анализ желудочного сока 2. кровь на «С» реактивный белок 3. <i>белок общий и белковые фракции</i> 4. антиген 5. билирубин
ПК-1, ПК-2	405. КАК ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТСЯ К ТЕРАПЕВТУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (Д-3) 1. 2 раза в год 2. 1 раз в год 3. 3-6 раз в год 4. до 8 раз в год 5. <i>1-2 раза в год</i>
ПК-1, ПК-2	406. СОГЛАСНО КАКОМУ ПРИКАЗУ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ 1. приказ № 770 2. приказ № 90

	3. приказ № 411 4. приказ № 404н 5. приказ № 55н
ОПК-6, ПК-7	407. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАРЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ ВЫДАЕТСЯ 1. на весь период пребывания больного в стационаре 2. на 10 койко-дней 3. на весь период пребывания в стационаре и время проезда к месту лечения и обратно 4. на 26 дней 5. на весь период пребывания в стационаре
ПК-1, ПК-2	408. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 1 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 1. граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование 2. здоровые люди, имеющие факторы риска 3. пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4. пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях 5. граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование
ПК-1, ПК-2	409. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ 1. 1 раз в год 2. 2 3. 3 4. 4 5. 1 раз в квартал
ОПК-7, ПК-9	410. У БОЛЬНОГО БА В СОЧЕТАНИИ С ГБ КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: 1. тразикор 2. коринфар 3. раунатин 4. каптоприл 5. андипал
ОПК-6, ПК-6	411. ПРИ КАКИХ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АРИТМИЙ ПРОКАРДИАЛЬНЫЙ УДАР МОЖЕТ ВОСТАНОВИТЬ РИТМ ИЛИ ПЕРЕВЕСТИ ОДНУ ФОРМУ АРИТМИИ В ДРУГУЮ, С БОЛЕЕ СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ:

	1. желудочковой тахикардией 2. фибрилляции желудочков или асистолии 3. <i>выраженной брадикардии</i> 4. полной АВ-блокаде 5. суправентрикулярная блокада
ОПК-5, ПК-6	412. В ТЕЧЕНИИ ГРИППА РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ: 1. репродукция вируса в клетках дыхательных путей вируса в клетках всего организма 2. вирусемия, токсико-аллергические реакции 3. <i>верно 1,2</i> 4. репродукция 5. поражение внутренних органов
ОПК-6, ПК-7	413. СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОРЗ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ: 1. тяжестью течения 2. наличием осложнений больного 3. профессией 4. <i>видом возбудителя</i> 5. возрастом
ОПК-5	414. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ (НАЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ: 1. пневмококк 2. стафилококк 3. <i>клебсиелла</i> 4. хламидии 5. вирусы
ОПК-5, ПК-6	415. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: 1. кардиогенный шок 2. <i>левожелудочковая недостаточность</i> 3. нарушение ритма 4. полная атриовентрикулярная блокада 5. тампонада сердца
ОПК-7, ПК-9	416. КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ 30-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, РАЗВИВШЕЙСЯ ПОСЛЕ ГРИППА, ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕНИЦИЛЛИНА? 1. <i>азитромицин</i> 2. оксациллин 3. тетрациклин 4. гентамицин 5. карбенициллин
ОПК-5,	417. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ОРЗ И ГРИППА ХАРАКТЕРНЫ ЛАРИНГИТ И

ПК-6	АФОНΙΑ? 1. грипп 2. <i>парагрипп</i> 3. аденовирусная 4. риновирусная 5. микоплазма
ОПК-5	418. КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ НЕВЕРНО, ЧТО НИТРОГЛИЦЕРИН ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА УЛУЧШАЕТ КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК ВСЛЕДСТВИЕ: 1. расширения емкостных сосудов (венул) 2. депонирование крови 3. уменьшения пред- и постнагрузки сердца 4. уменьшения напряжения стенки левого желудочка, в связи с чем коллатерали подвергаются меньшему давлению 5. <i>повышения давления в системе легочной артерии</i>
ОПК-6, ПК-7	419. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ПОЛИКЛИНИКОЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ 1. днем направления на МСЭ 2. <i>днем регистрации документов в МСЭ</i> 3. днем освидетельствования 4. больничный лист должен быть закрыт на 3-й день после освидетельствования в БМСЭ 5. <i>верно 1,2</i>
ОПК-6, ПК-7	420. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ПОЛИКЛИНИКА МОЖЕТ ПРОДЛЕВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1. до 1 месяца 2. до выздоровления 3. до 4 месяцев 4. не более 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе 5. <i>верно 3,4</i>
ОПК-6, ПК-7	421. РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ МСЭ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. возраст пациент 2. допущенные дефекты в лечении 3. ходатайство предприятия, на котором работает больной 4. <i>неблагоприятный трудовой прогноз</i> 5. просьба пациента
ОПК-6, ПК-8	422. БОЛЬНОЙ ИМЕЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03 НА ПРИЕМ ПРИШЕЛ 26.03 С ОБЪЕКТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ. КАК СЛЕДУЕТ ОФОРМИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

	1. продлить с 23.03 до выздоровления 2. то же, но дополнительно сделать отметку о нарушении режима 3. <i>продлить с 26.03 до выздоровления, сделав отметку о нарушении режима</i> 4. оформить новый листок нетрудоспособности, а старый закрыть 5. не продлевать
ОПК-6, ПК-8	423. ЖЕНЩИНАМ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И РОЖДЕНИЯ ЖИВОГО РЕБЕНКА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА СРОК 1. 86 дней 2. 120 дней 3. 140 дней 4. <i>156 дней</i> 5. 180 дней
ОПК-6, ПК-7	424. НА КАКОЙ СРОК ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 1. листок нетрудоспособности выдается на 3 дня 2. листок нетрудоспособности выдается на 10 дней 3. <i>листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее 3 дней</i> 4. листок нетрудоспособности не выдается 5. листок нетрудоспособности выдается до 30 дней
ОПК-6, ПК-7	425. НА КАКОЙ МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1. листок нетрудоспособности выдается на 12 часов 2. <i>листок нетрудоспособности выдается на 1 день</i> 3. листок нетрудоспособности выдается на 2 дня 4. листок нетрудоспособности выдается на 3 дня 5. листок нетрудоспособности выдается на 1 час
ОПК-6, ПК-7	426. НА КАКОЙ СРОК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ II ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ 1. <i>на 1 год</i> 2. на 2 года 3. без указания сроков (бессрочно) 4. на 6 месяцев 5. на 4 месяца
ОПК-6, ПК-7	427. НА КАКОЙ СРОК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ III ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ 1. <i>на 1 год</i> 2. на 2 года 3. на 6 месяцев 4. без указания сроков (бессрочно) 5. на 16 дней
ПК-1, ПК-2	428. СКОЛЬКО ГРУПП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЫ ЗНАЕТЕ 1. две

	2. три 3. четыре 4. пять 5. шесть
ОПК-6, ПК-7	429. КТО ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ МАТЬ НАХОДИТСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ МАСТИТА 1. никто 2. бабушка, проживающая в соседнем доме 3. любой член семьи, ухаживающий за ребенком и проживающий в этой квартире 4. соседка, согласившаяся временно ухаживать за ребенком 5. отец ребёнка
ПК-1, ПК-2	430. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 36 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 1. практически здоровые люди 2. граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании. 3. пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4. пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях 5. граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.
ПК-1, ПК-2	431. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 1 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 1. граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование 2. здоровые люди, имеющие факторы риска 3. пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4. пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях 5. пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методах обследования
ПК-1, ПК-2	432. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 2 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 1. практически здоровые люди 2. граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном

	<i>сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний)</i> 3. пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4. пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях 5. пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методах обследования
ОПК-6, ПК-7	433. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ 15 ДНЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ 1. лечащий врач лечебно-профилактического учреждения 2. заведующий отделением лечебно-профилактического учреждения 3. <i>врачебная комиссия медицинской организации</i> 4. бюро медико-социальной экспертизы 5. участковый терапевт
ОПК-6, ПК-7	434. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ВЫДАЕТСЯ СО ДНЯ 1. установления нетрудоспособности при врачебном освидетельствовании 2. <i>начала заболевания</i> 3. обращения к врачу в лечебно-профилактическое учреждение 4. не выдается 5. верно 1, 3
ПК-7, ПК-8	435. ТАКТИКА ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА ПРИ ОТКАЗЕ БОЛЬНОГО ОТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТНУЮ КОМИССИЮ 1. закрыть листок нетрудоспособности 2. <i>сделать отметку в листке нетрудоспособности «отказ от проведения медико-социальной экспертизы»</i> 3. послать письменную форму в бюро МСЭ 4. не закрывать больничный лист 5. правильно 1, 2
ОПК-6, ПК-7	436. УКАЖИТЕ КРИТЕРИИ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ ГРАЖДАНИНА ИНВАЛИДОМ 1. нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма 2. ограничение жизнедеятельности, обусловленное нарушением здоровья 3. <i>необходимость осуществления мер социальной защиты вследствие социальной недостаточности</i> 4. ограничение жизнедеятельности 5. закрытая черепно – мозговая травма
ОПК-6, ПК-7	437. КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ II ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ 1. нарушение здоровья со стойким умеренным расстройством функции организма 2. ограничение способности к передвижению 1-й степени 3. ограничение способности к трудовой деятельности 2-й, 3-й степени 4. <i>ограничение способности к самообслуживанию 2-й степени</i> 5. правильный ответ 3, 4
ОПК-6,	438. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ЛИСТОК

ПК-7	НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ 1. днем направления на МСЭ 2. <i>днем регистрации документов на МСЭ</i> 3. днем освидетельствования в МСЭ 4. датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ 5. верно 1,3
ПК-2, ПК-8	439. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ С ПОГРАНИЧНЫМ УРОВНЕМ АД (140/90-159/94ММРТ.СТ.) 1. 1 раз в год 2. 2 3. 3 4. 4 5. 1 раз в квартал
ОПК-6, ПК-15	440. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА У ТЕРАПЕВТА В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ? 1. 29 мин 2. <i>15 мин</i> 3. 18 мин 4. 20 мин 5. 5 мин
ОПК-6, ПК-15	441. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА НА ДОМУ? 1. 2 мин 2. 20 мин 3. <i>30 мин</i> 4. 1,5 часа 5. 60 мин.
ПК-1, ПК-2	442. КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРОВОДЯТСЯ? 1. предварительный 2. <i>предварительные, периодические, целевые</i> 3. предварительные, периодические 4. периодические, целевые 5. периодические, целевые
ПК-1, ПК-2	443. ЧЕРЕЗ КАКИЕ ИНТЕРВАЛЫ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР ЛИЦ, ПЕРЕНЁСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ОКОНЧИВШУЮСЯ ПОЛНЫМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ? 1. через 2, 4, 8 месяцев 2. через 6, 12 месяцев 3. <i>через 1, 3 и 6 месяцев</i> 4. через 1 месяц

	5. через 1, 2 месяца
ПК-1, ПК-2	444. КАКИЕ УЗКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИВЛЕКАЮТСЯ К ОСМОТРУ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНИХИТОМ? 1. отоларинголог 2. <i>отоларинголог, стоматолог</i> 3. стоматолог 4. терапевт 5. стоматолог, терапевт
ПК-1, ПК-2	445. КАКОВА КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ? 1. <i>4 раза в год</i> 2. 3 раза в год 3. 1 раз в год 4. 5 раз в год 5. 6 раз в год
ОПК-6, ПК-7	446. В КАКОМ СЛУЧАЕ ИНОСТРАННОМУ ГРАЖДАНИНУ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ? 1. не выдается ни при каких обстоятельствах 2. <i>выдается при болезни</i> 3. если он является сотрудником российского предприятия 4. если он проживает на территории РФ 5. если он является сотрудником филиала иностранного предприятия
ПК-1, ПК-2	447. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1. I 2. II 3. <i>III</i> 4. 0 5. IV
ПК-1, ПК-2	448. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА 1. <i>2-3 раза</i> 2. 1-2 раза 3. 5-6 раз 4. по необходимости 5. более 10 раз
ПК-7	449. КАКИЕ ВИДЫ ТРУДА И УСЛОВИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1. <i>виды трудовой деятельности, внезапное прекращение которых в связи с приступом удушья может нанести вред больному и окружающим</i> 2. работа с детьми

	3. работа на компьютерах 4. работа в саду 5. верно 1 и 4
ОПК-6, ПК-7	450. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1. 45-60 дней 2. 60-75 дней 3. 65-80 дней 4. 30-40 дней 5. до 120 дней
ОПК-6, ПК-7	451. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 1. 20-26 дней 2. 26-32 дня 3. 48-55 дней 4. 8-12 дня 5. 50-60 дней
ОПК-6, ПК-7	452. КТО ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ МАТЬ НАХОДИТСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ МАСТИТА 1. никто 2. бабушка, проживающая в соседнем доме 3. <i>любой член семьи, ухаживающий за ребенком и проживающий в этой квартире</i> 4. соседка, согласившаяся временно ухаживать за ребенком 5. отец ребёнка
ОПК-6, ПК-7	453. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ НА СРОК 1. до 3-х дней; 2. до 7 дней по решению ВК; 3. до 10 дней; 4. <i>правильно 1, 2</i> 5. правильно 1, 3
ОПК-6, ПК-7	454. КАКИЕ ВРАЧИ ИМЕЮТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА? 1. государственных учреждений, имеющих лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности 2. <i>верно 1,3,5</i> 3. частной системы здравоохранения, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности 4. все, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной

	нетрудоспособности 5. муниципальных учреждений, имеющих лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
ОПК-6, ПК-7	455. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТОК ЛПУ БОЛЬНОМУ, ВПЕРВЫЕ НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И НЕ ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ? 1. днем направления больного на МСЭК 2. <i>днем регистрации документов во МСЭК</i> 3. днем освидетельствования в МСЭК 4. днем вынесения экспертного решения 5. днем восстановления трудоспособности
ОПК-6, ПК-7	456. ЛИЦАМ, НЕ ПРИЗНАННЫМИ ИНВАЛИДАМИ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ: 1. продлевается на 15 дней 2. продлевается на 30 дней 3. <i>продлевается с учётом тяжести заболевания</i> 4. верно 1, 3 5. верно 2, 3
ОПК-6, ПК-1	457. ОПРЕДЕЛИТЕ ОБЪЁМ РАБОТ НА САДОВОМ УЧАСТКЕ БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ИМ С 11 ФК СТЕНОКАРДИИ: 1. можно копать и обрабатывать землю лопатой, поднимать тяжести до 10кг 2. можно копать и обрабатывать землю лопатой, поднимать тяжести до 6-8кг 3. <i>можно поднимать тяжести до 3 кг женщинам и до 5 кг мужчинам</i> 4. поднимать тяжести до 3-4 кг, уборка урожая с кустов и грядок, работа граблями 5. работа на садовом участке без ограничений
ОПК-6, ПК-7	458. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1. тяжесть течения болезни 2. условия труда 3. степень функциональных нарушений 4. <i>клинический и трудовой прогноз</i> 5. тяжесть анатомических изменений в организме
ОПК-7, ПК-9	459. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА У БОЛЬНОГО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 42 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 1. <i>амоксциллин или макролиды внутрь</i> 2. респираторный фторхинолон 3. доксацилин внутрь 4. цефуроксим аксетил внутрь 5. верно 1, 3
ОПК-8, ПК-14	460. КАКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОКАЗАНЫ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1. лечебная физкультура 2. дыхательная гимнастика

	3. курс поливитаминов 4. прогулки на свежем воздухе 5. <i>верно 1, 2, 3</i>
ОПК-6, ПК-7	461. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ С ЛЕГКИМ ТЕЧЕНИЕМ: 1. <i>12-14 дней</i> 2. 7-9 дней 3. 16-20 дней 4. 21-27 дней 5. 34-39 дней
ПК-8, ПК-11	462. У БОЛЬНОГО 38 ЛЕТ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПРИЕМЕ ВОЗНИКЛИ РЕЗКИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ. НА ЭКГ – ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ИМ. ВАША ТАКТИКА 1. экстренно госпитализировать в кардиологическое отделение 2. <i>купировать болевой синдром и экстренно госпитализировать</i> 3. дообследовать больного (анализ крови, холестерин) и госпитализировать 4. купировать болевой синдром и продолжить лечение 5. госпитализировать в дневной стационар поликлиники экстренно
ОПК-2, ПК-1	463. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИДКОСТИ 1. 500мл 2. 1л 3. <i>1-1,5л</i> 4. 2л 5. >2л
ПК-1, ПК-2	464. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1. I 2. II 3. <i>III</i> 4. 0 5. IV
ПК-1, ПК-2	465. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА 1. <i>2-3 раза</i> 2. 1-2 раза 3. 5-6 раз 4. по необходимости 5. 3-4 раза
ПК-1, ПК-7	466. КАКИЕ ВИДЫ ТРУДА И УСЛОВИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1. <i>виды трудовой деятельности, внезапное прекращение которых в связи</i>

	<i>с приступом удушья может нанести вред больному и окружающим</i> 2. работа с детьми 3. работа на компьютерах 4. работа в саду 5. верно 1, 4
ПК-5, ПК-8	467. ВЫЗОВ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА НА ДОМ. БОЛЬНОЙ 43 ГОДА, ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ В ПРАВОЙ СТОПЕ. ИЗ АНАМНЕЗА НАКАНУНЕ УПОТРЕБЛЯЛ В ПИЩУ ШАШЛЫКИ, КРАСНОЕ ВИНО В БОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ. БОЛЬ ЛОКАЛИЗОВАЛАСЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ОБЛАСТИ I-II ПЛЮСНЕФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ПРАВОЙ СТОПЫ. КОЖА НАД СУСТАВОМ ГИПЕРЕМИРОВАНА, ГОРЯЧАЯ НА ОЩУПЬ, ПАЛЬПАЦИЯ РЕЗКО БОЛЕЗНЕННАЯ, ДВИЖЕНИЕ РЕЗКО ОГРАНИЧЕНО. ПОДОБНЫЕ ЖАЛОБЫ ПОЯВИЛИСЬ ВПЕРВЫЕ. ВАША ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА 1. пункция сустава 2. клинический анализ крови 3. анализ крови на мочевую кислоту 4. рентгенограмма стоп 5. <i>анализ суточной мочи на мочевую кислоту</i>
ПК-1, ПК-2	468. В ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ 3А ПО ПРИКАЗУ №404Н ВХОДЯТ 1. практически здоровые люди 2. здоровые люди, имеющие факторы риска 3. пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4. <i>граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании</i> 5. пациенты, нуждающиеся в лечении и диагностике в условиях стационара
ПК-9, ПК-14	469. ЭФФЕКТА ОТ ФИТОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ: 1) через 20-30 минут от начала лечения 2) <i>через 2-3 недели после начала лечения</i> 3) через 2-3 года после начала лечения 4) через 2-3 дня 5) не следует ожидать
ПК-1, ПК-2	470. ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ИЛИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ГРАЖДАНЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ), НУЖДАЮЩИЕСЯ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПРИКАЗУ № 404н ОТНОСЯТСЯ К: 1. II диспансерной группе 2. III диспансерной группе

	3. IV диспансерной группе 4. IIIa диспансерной группе 5. I диспансерной группе
ОПК-6, ПК-7	471. СОГЛАСНО КАКОМУ ПРИКАЗУ ПРОИСХОДИТ ВЫДАЧА ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1. №90 2. №925н 3. №170 4. № 770 5. №188
ОПК-6	472. ФОРМА МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО: 1. ф.№025 -12/у 2. ф.№072/у – 04 3. ф.№060 у 4. ф.№025 у 5. ф.№030
ОПК-6, ПК-7	473. ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЕДИНОЛИЧНО НА: 1. 10 дней 2. 11 дней 3. 7 дней 4. 12 дней 5. 14 дней
ОПК-2, ПК-1	474. СТАРИННЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦИНГИ БЫЛО НАЗНАЧЕНИЯ ОТВАРА ИЗ: 1. крушины ломкой 2. корня солодки 3. цветков календулы 4. хвои сосны 5. березы
ОПК-8, ПК-14	475. ОТХАРИВАЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ: 1. сок свеклы или редьки с медом 2. березовый сок 3. сок картофеля 4. яблочный сок 5. сок арбуза
ОПК-6, ПК-6	476. ВЫЗОВ ВРАЧА НА ДОМ. ЖАЛОБЫ НА ПОВЫШЕНИЕ Т ТЕЛА 37,6С, МИГРИРУЮЩИЕ БОЛИ В КРУПНЫХ СУСТАВАХ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ПРАВОМ КОЛЕННОМ И ЛЕВОМ ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВАХ, КОЖА НАД НИМИ СЛЕГКА ГИПЕРЕМИРОВАНА, ОТЕЧНА, ТЕМПЕРАТУРА ЕЕ ПОВЫШЕНА, ДВИЖЕНИЯ В СУСТАВАХ БОЛЕЗНЕННЫ. НА КОЖЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕЯРКИЕ РОЗОВЫЕ ПЯТНА С ПРОСВЕТЛЕНИЯМИ В ЦЕНТРЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЭТО

	1. инфекционно-аллергический полиартрит 2. <i>ревматический артрит</i> 3. болезнь Лайма 4. ревматоидный артрит 5. склеродермия
ОПК-6, ПК-8	477. НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, БЫСТРУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ОДЫШКУ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ К ВЕЧЕРУ ОТЕКИ НА ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОП. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. В АНАМНЕЗЕ В 14 ЛЕТ ПЕРВАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ АТАКА, ПРОТЕКАЮЩАЯ С ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ЭНДОКАРДИТОМ. ВАША ТАКТИКА 1. наблюдение в динамике 2. направление на консультацию к ревматологу 3. направление на консультацию к кардиохирургу 4. назначение антибиотиков и фуросемида 5. <i>направление на УЗИ сердца с доплерографией</i>
ПК-8, ПК-9	478. ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА, ЕСЛИ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ 72 ЧАСА, СОХРАНЯЕТСЯ ИНТОКСИКАЦИЯ, ЛИХОРАДКА, ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ. ПРИНИМАЕТ АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ. 1. продолжить терапию в течение суток без изменения препарата, дозы 2. продолжить терапию с увеличением дозы препарата 3. <i>заменить/добавить макролидный антибиотик</i> 4. заменить/добавить метронидазол 5. заменить/добавить природный пенициллин
ОПК-6, ПК-7	479. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКУЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА 1. 25-35 дней 2. 40-50 дней 3. <i>14-20 дней</i> 4. 8-12 дней 5. 55-65 дней
ОПК-6, ПК-6	480. МУЖЧИНА 40 ЛЕТ НАПРАВЛЕН К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ПРОФОСМОТРА, ПО ПОВОДУ ПОВЫШЕНИЯ АД. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: В АНАЛИЗЕ МОЧИ БЕЛОК 1,2 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ 10-15 В П/ЗР, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС 1012. ПРИ УЗИ ПОЧЕК ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО, МОЧЕВИНА И КРЕАТИНИН КРОВИ – НОРМАЛЬНЫЕ. В АНАМНЕЗЕ – БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО

	1. гипертоническая болезнь 2. хронический пиелонефрит 3. <i>хронический гломерулонефрит</i> 4. подагрическая нефропатия 5. вторичный амилоидоз почек
ОПК-6, ПК-10	481. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ ФИЗИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: 1. ЧДД $\geq$ 30 в минуту 2. ДАД<90 мм рт.ст. 3. ЧСС $\geq$ 125 ударов в минуту 4. <i>нарушение сознания</i> 5. ЧСС >100 уд/мин
ОПК-6, ПК-6	482. БОЛЬНАЯ Д., 60 ЛЕТ СОТРУДНИК БИБЛИОТЕКИ ОБРАТИЛАСЬ С ЖАЛОБАМИ НА ПОСТОЯННУЮ ОДЫШКУ, СУХОЙ НЕПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ. КУРИТ В ТЕЧЕНИЕ 30 ЛЕТ. ПРИ ОСМОТРЕ: ЦИАНОЗ ГУБ, ЧДД 26 В МИНУТУ, ПРИ ПЕРКУССИИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. ЧСС 110 В МИНУТУ, АД 145/80 ММ РТ.СТ. ПРЕДПОЛОЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1. <i>ХОБЛ</i> 2. бронхиальная астма 3. рак легкого 4. ОРВИ 5. ЯБЖ
ПК-9, ПК-14	483. К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ ОТНОСИТСЯ 1. отказ от курения 2. предотвращение респираторной инфекции 3. борьба с вредными факторами на работе 4. <i>здоровый образ жизни</i> 5. рациональное питание
ОПК-2, ПК-1	484. НАЗОВИТЕ ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ 1. курение 2. промышленная пыль 3. нарушение роста легочной ткани 4. <i>правильно 1, 2</i> 5. полноценное питание
ПК-5, ПК-8	485. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ ОСМОТР ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЮТ 1. <i>торакоскопией</i> 2. фистулографией 3. бронхофонией 4. бронхоспирографией 5. бронхоскопией
ОПК-5	486. К ПОРАЖЕНИЯМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГБ ОТНОСЯТ

	1. величину пульсового давления 2. семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний 3. <i>УЗИ признаки утолщения комплекса интимы-медиа на сонной артерии</i> 4. стенокардию 5. транзиторную ишемическую атаку
ОПК-7, ПК-9	487. К МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ ОТНОСИТСЯ 1. назначение системных ГКС 2. <i>назначение холинолитиков</i> 3. назначение антагонистов кальция 4. назначение цитостатиков 5. верно 1, 2
ОПК-5, ПК-6	488. НАЗОВИТЕ ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 1. острое начало 2. высокая лихорадка 3. <i>затяжное течение заболевания</i> 4. резко усиленное СОЭ 5. высокий лейкоцитоз
ОПК-7, ПК-9	489. К КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИМ М-ХОЛИНОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ 1. фенотерол 2. сальбутамол 3. <i>ипратропия бромид</i> 4. тиатропиума бромид 5. верапамил
ОПК-5, ПК-6	490. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ ПРИЧИНУ КАШЛЯ, ЕСЛИ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ ВОЗНИКАЕТ СУХОЙ КАШЕЛЬ И РЕЗКАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ 1. воспаление гортани (ларингит) 2. воспаление трахеи и бронхов 3. гнойный воспалительный процесс в легком (абсцесс) 4. гиперсекреция бронхиальных желез + спазм мелких бронхов (бронхиальная астма) 5. <i>воспаление плевры (сухой плеврит)</i>
ПК-5, ПК-6	491. ОПРЕДЕЛИТЕ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ, ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ЖАДНО «ХВАТАЕТ РТОМ ВОЗДУХ», ИМЕЕТСЯ ОЩУЩЕНИЕ «НЕПОЛНОГО ВДОХА»: 1. <i>инспираторная одышка</i> 2. экспираторная одышка 3. стридорозное дыхание 4. дыхание Чейн-Стокса 5. дыхание Куссмауля
ПК-5, ПК-6	492. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА?

	1. крепитация 2. крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы 3. мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы 4. <i>сухие разнокалиберные хрипы</i> 5. шум трения плевры
ПК-5, ПК-6	493. КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ 1. спирография 2. ЭКГ 3. <i>рентгенологическое исследование органов грудной клетки</i> 4. анализ мокроты 5. бронхоскопия
ОПК-7, ПК-9	494. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ 1. при появлении кровохарканья 2. длительно 3. <i>при появлении гнойной мокроты</i> 4. правильно 1, 2 5. при наличии кашля
ОПК-5	495. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. микоплазма 2. хламидия 3. легионелла 4. <i>пневмококк</i> 5. гемофильная палочка
ПК-5, ПК-6	496. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАЗЫВАЕТСЯ АСТМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ 1. комплекс признаков, выявляемых при физикальном обследовании больного бронхиальной астмой в фазе обострения 2. <i>тяжелый затяжной приступ бронхиальной астмы, не купирующийся бронходилататорами и сопровождающийся острой дыхательной недостаточностью, гипоксемией и гиперкапнией</i> 3. приступ бронхиальной астмы, не прекращающийся после ингаляции симпатомиметиков 4. серия следующих один за другим приступов бронхиальной астмы 5. затяжной приступ удушья, потребовавший применения ГКС, но не сопровождающийся изменением газового состава крови
ПК-5, ПК-6	497. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. разрыв миокарда 2. эмболия мозга

	3. нарушения ритма 4. синдром Дресслера 5. шок
ПК-6, ПК-11	498. ОСТРЫЕ «КИНЖАЛЬНЫЕ» БОЛИ В ЖИВОТЕ, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА, НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ 1. пенетрацию язвы 2. перфорацию язвы 3. кровотечение из язвы 4. малигнизацию язвы 5. рак желудка
ОПК-6, ПК-11	499. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >300 мкмоль/л 2. скорость клубочковой фильтрации менее 15 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >600 мкмоль/л 3. скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >300 мкмоль/л 4. скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >600 мкмоль/л 5. скорость клубочковой фильтрации менее 14 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >300 мкмоль/л
ОПК-7, ПК-9	500. ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ НАЗНАЧАЮТ 1. антихолинергические средства 2. диету с высоким содержанием углеводов 3. диету с большим количеством жидкости 4. диету с высоким содержанием жиров 5. антациды

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

91 – 100% правильных ответов – **отлично**
81 – 90 % – **хорошо**
71 – 80 % – **удовлетворительно**
менее 71% – **неудовлетворительно**

Оценочные материалы ко II этапу

Оценка компетенций ОПК-2 (ОПК-2.1., ОПК-2.2., ОПК-2.3.), ОПК-5 (ОПК-5.1., ОПК-5.2., ОПК-5.3., ОПК-5.4.), ОПК-6 (ОПК-6.1., ОПК-6.2., ОПК-6.3., ОПК-6.4.), ОПК-7 (ОПК-7.1., ОПК-7.2., ОПК-7.3., ОПК-7.4.), ОПК-8 (ОПК-8.1., ОПК-8.2., ОПК-8.3., ОПК-8.4.),

ПК-1 (ПК-1.1., ПК-1.2., ПК-1.3., ПК-1.4., ПК-1.5., ПК-1.6., ПК-1.7.), ПК-2 (ПК-2.1., ПК-2.2., ПК-2.3., ПК-2.4., ПК-2.5.), ПК-3 (ПК-3.1., ПК-3.2., ПК-3.3., ПК-3.4., ПК-3.5.), ПК-4 (ПК-4.1., ПК-4.2., ПК-4.3., ПК-4.4.), ПК-5 (ПК-5.1., ПК-5.2., ПК-5.3., ПК-5.4., ПК-5.5., ПК-5.6.), ПК-6 (ПК-6.1., ПК-6.2., ПК-6.3., ПК-6.4., ПК-6.5., ПК-6.6.), ПК-7 (ПК-7.1., ПК-7.2., ПК-7.3., ПК-7.4., ПК-7.5.), ПК-8 (ПК-8.1., ПК-8.2., ПК-8.3., ПК-8.4., ПК-8.5., ПК-8.6.), ПК-9 (ПК-9.1., ПК-9.2., ПК-9.3., ПК-9.4., ПК-9.5., ПК-9.6.), ПК-10 (ПК-10.1., ПК-10.2., ПК-10.3., ПК-10.4., ПК-10.5.), ПК-11 (ПК-11.1., ПК-11.2., ПК-11.3., ПК-11.4., ПК-11.5.), ПК-13 (ПК-13.1., ПК-13.2., ПК-13.3., ПК-13.4., ПК-13.5.), ПК-14 (ПК-14.1., ПК-14.2., ПК-14.3.), ПК-15 (ПК-15.1., ПК-15.2., ПК-15.3., ПК-15.4., ПК-15.5.)

Код компетенции	Вопросы к экзамену по дисциплине Поликлиническое дело
ПК-7, ПК-15	Листок нетрудоспособности, его функции, общее положение о выдаче.
ОПК-6, ПК-7	Медико-социальная экспертная комиссия (МСЭК), её состав, задачи, документация.
ОПК-6, ПК-1	Задачи и функции участкового терапевта.
ОПК-6, ПК-7	Классификация нетрудоспособности. Клинический и трудовой прогнозы.
ОПК-8, ПК-14	Этапы, цели, задачи реабилитации.
ПК-1, ПК-2	Диспансеризация больных и здоровых на терапевтическом участке, характеристика диспансерных групп. Приказ 404н.
ОПК-6, ПК-15	Поликлиника, основные задачи и ее структурная организация.
ОПК-6, ПК-7	Врачебная комиссия (ВК), состав, задачи.
ПК-1, ПК-2	Группы здоровья, их характеристика. Приказ 404н.
ОПК-6, ПК-15	Врачебный участок, виды. Особенности медицинского обслуживания сельского населения.
ОПК-6, ПК-15	Первичная врачебная медико-санитарная помощь. Приказ №543.
ОПК-6, ПК-15	Дневной стационар поликлиники.
ПК-7, ПК-15	Листок нетрудоспособности, его функции. Приказы №925н.
ПК-7, ПК-15	Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. Пр. №925н.
ОПК-6, ПК-15	Документация участкового терапевта.
ОПК-6, ПК-7	Порядок направления граждан на МСЭ.
ОПК-6, ПК-15	Участковый терапевт, его функциональные обязанности. Паспорт участка.
ПК-1, ПК-2	Особенности медицинского обслуживания промышленных предприятий. Приказ №29н.
ОПК-8, ПК-14	Показания, противопоказания к санаторно-курортному лечению, лечебные факторы.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной нетрудоспособности.
ОПК-6, ПК-10	Принципы оказания неотложной помощи в поликлинике.
ОПК-6, ПК-7	Критерии стойкой нетрудоспособности.

ПК-2, ПК-15	Методика наблюдения за больными, перенесшими острые заболевания (ангина, пневмония, гломерулонефрит).
ПК-7, ПК-15	Приказы, регламентирующие стойкую нетрудоспособность.
ОПК-6, ПК-7	Категории жизнедеятельности.
ПК-1, ПК-2	Медицинские осмотры. Приказ №29н.
ОПК-6, ПК-7	Группы инвалидности, характеристика.
ОПК-6, ПК-15	Структурные подразделения поликлиники.
ОПК-6, ПК-7	Понятие и виды инвалидности.
ПК-2, ПК-15	Принципы проведения диспансеризации на терапевтическом участке.
ОПК-6, ПК-7	Состав Бюро МСЭ, документация при направлении на освидетельствование.
ПК-6, ПК-9	ГЭРБ в практике терапевта поликлиники.
ПК-5, ПК-8	Диагностика язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в условиях поликлиники.
ОПК-8, ПК-14	Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда.
ОПК-6, ПК-7	Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы.
ПК-6, ПК-9	Грипп, клиника, диагностика, лечение, специфическая и неспецифическая профилактика.
ПК-6, ПК-9	Гипертоническая болезнь, дифференциальная диагностика, лечение.
ОПК-5, ПК-6	В12-дефицитная анемия в практике терапевта поликлиники.
ОПК-2, ПК-1	Медикаментозная и немедикаментозная терапия, санаторно-курортное лечение больных хроническим бронхитом, первичная и вторичная профилактика.
ПК-6, ПК-7	Острые респираторные заболевания в практике участкового врача. Врачебно-трудовая экспертиза.
ПК-9	Принципы лечебного питания при заболеваниях внутренних органов.
ПК-5, ПК-6	Дифференциальная диагностика железодефицитной и В12- дефицитной анемий.
ПК-6, ПК-9	Хронический гастрит: классификация, клиника, диагностика, лечение.
ПК-6, ПК-8	Особенности течения и лечения соматических заболеваний в пожилом и старческом возрасте.
ПК-5, ПК-6	Гломерулонефрит в практике терапевта поликлиники Дифференциальная диагностика с хроническим пиелонефритом и геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.
ОПК-6, ПК-9	Особенности течения и лечения соматических заболеваний при беременности.
ОПК-5, ПК-6	Пиелонефрит в практике терапевта поликлиники.
ОПК-5, ПК-6	Миокардиты в практике терапевта поликлиники.
ОПК-5, ПК-6	Цирроз печени в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-8	Хроническийгломерулонефрит в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-8	Хронический пиелонефрит в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-8	Хронический панкреатит в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-9	Ревматоидный артрит. Дифференциальный диагноз на поликлиническом этапе.
ПК-6, ПК-9	Подагра в практике терапевта поликлиники.

ПК-6, ПК-9	Остеоартроз в практике терапевта поликлиники.
ОПК-5, ПК-6	Функциональные заболевания желудка. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-5, ПК-6	Затяжной субфебрилитет в практике терапевта поликлиники.
ОПК-8, ПК-14	Санаторно-курортный этап реабилитации при заболеваниях внутренних органов. Реабилитация фитосредствами заболеваний внутренних органов на поликлиническом этапе.
ПК-2, ПК-15	Образовательные программы для пациентов: астма-, пульмо, кардио, гастро-школы. Составить примерную тематику занятий в обучающей школе для пациентов.
ПК-6, ПК-9	Хронический холецистит: классификация, клиника, диагностика, лечение.
ПК-6, ПК-9	Железодефицитная анемия в практике терапевта поликлиники.
ОПК-2, ПК-1	ЗОЖ, составляющая здоровья человека. Центры здоровья, роль в повышении профилактической направленности населения.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ИБС.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ХОБЛ.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при гипертонической болезни.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ГЭРБ.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при пневмонии.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ОРВИ.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при бронхиальной астме.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при РВНС.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при миокардите.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при кардиомиопатии.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ЖДА.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при В12-дефицитной анемии.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом гастрите.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ЯБЖ и ДПК.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом панкреатите.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом холецистите.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом гломерулонефрите.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом пиелонефрите.

ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом гепатите.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ДЖВП.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при функциональной диспепсии желудка.
ОПК-6, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при циррозе печени.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при ОКС, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при отеке легких, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при гипертоническом кризе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при сердечной астме, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при желчной колике, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при почечной колике, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при инфаркте миокарда на догоспитальном этапе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при вагоинсулярном и симпатoadреналовом кризах, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при астматическом статусе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при осложненном гипертоническом кризе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при синусовой брадикардии, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при неосложненном гипертоническом кризе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при АВ-блокаде 2-3 степени, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при приступе ХОБЛ, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при остром животе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при пароксизме мерцательной аритмии, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при кардиогенном шоке, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при синусовой тахикардии, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при частой желудочковой экстрасистолии, выписать

	рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при инфаркте миокарда, выписать рецепты.
ПК-11	Жизнеугрожающие состояния при заболеваниях внутренних органов в практике врача общей практики.
ПК-3, ПК-13	Противоэпидемические мероприятия при возникновении ООИ, в т.ч. в период новой коронавирусной инфекции.
ОПК-7, ПК-9	Методы немедикаментозной и медикаментозной терапии в терапии заболеваний внутренних органов.
ПК-4	Методики сбора информации в практике врача общей практики. Работа с отчетами.

Оценочные материалы ко II этапу

Оценка компетенций ОПК-2 (ОПК-2.1., ОПК-2.2., ОПК-2.3.), ОПК-5 (ОПК-5.1., ОПК-5.2., ОПК-5.3., ОПК-5.4.), ОПК-6 (ОПК-6.1., ОПК-6.2., ОПК-6.3., ОПК-6.4.), ОПК-7 (ОПК-7.1., ОПК-7.2., ОПК-7.3., ОПК-7.4.), ОПК-8 (ОПК-8.1., ОПК-8.2., ОПК-8.3., ОПК-8.4.), ПК-1 (ПК-1.1., ПК-1.2., ПК-1.3., ПК-1.4., ПК-1.5., ПК-1.6., ПК-1.7.), ПК-2 (ПК-2.1., ПК-2.2., ПК-2.3., ПК-2.4., ПК-2.5.), ПК-3 (ПК-3.1., ПК-3.2., ПК-3.3., ПК-3.4., ПК-3.5.), ПК-4 (ПК-4.1., ПК-4.2., ПК-4.3., ПК-4.4.), ПК-5 (ПК-5.1., ПК-5.2., ПК-5.3., ПК-5.4., ПК-5.5., ПК-5.6), ПК-6 (ПК-6.1., ПК-6.2., ПК-6.3., ПК-6.4., ПК-6.5., ПК-6.6), ПК-7 (ПК-7.1., ПК-7.2., ПК-7.3., ПК-7.4., ПК-7.5.), ПК-8 (ПК-8.1., ПК-8.2., ПК-8.3., ПК-8.4., ПК-8.5., ПК-8.6), ПК-9 (ПК-9.1., ПК-9.2., ПК-9.3., ПК-9.4., ПК-9.5., ПК-9.6), ПК-10 (ПК-10.1., ПК-10.2., ПК-10.3., ПК-10.4., ПК-10.5.), ПК-11 (ПК-11.1., ПК-11.2., ПК-11.3., ПК-11.4., ПК-11.5.), ПК-13 (ПК-13.1., ПК-13.2., ПК-13.3., ПК-13.4., ПК-13.5.), ПК-14 (ПК-14.1., ПК-14.2., ПК-14.3.), ПК-15 (ПК-15.1., ПК-15.2., ПК-15.3., ПК-15.4., ПК-15.5.)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Больной И., 23 лет, студент, работает дворником, совмещает учебу с работой, жалуется на сухой кашель, першение в горле, повышение температуры тела до 38,7⁰С, головную боль, общую слабость. Заболел накануне, остро. На работе больны двое сотрудников, имеют листок нетрудоспособности, выданный врачом при обслуживании их на дому. В анамнезе имеет перенесенные детские инфекции, занимался плаванием 5 лет, участвовал в соревнованиях, последние три года занимался нерегулярно. Не курит. Аллергию отрицает. При объективном обследовании больного: общее состояние средней тяжести. Температура тела 38,1⁰С, умеренного питания. Кожные покровы гиперемированы, теплые на ощупь, чистые, сыпи нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая миндалин, небных дужек гиперемирована. На слизистой мягкого неба имеются кровоизлияния. Грудная клетка не изменена, тип нормостеничный. Над легкими перкуторно выявляется ясный легочный звук. При пальпации голосовое дрожание выражено умеренно, болезненность не определяется. Дыхание везикулярное, число дыханий - 22 в минуту, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5см. кнутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 67 в минуту. АД 100/70 мм.рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, грыжевых образований, рубцов нет. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, размеры 9-8-7 см. по Курлову, селезенка не

пальпируется, симптом Ровзинга отрицательный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, 1 раза в день, мочеиспускание не нарушено.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $4.5 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.26 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.3 g / dL, HCT (гематокрит) 40.3%, PLT (тромбоциты) $188 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 10 мм/ч, LYM (лимфоциты) 40.9%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 5%, моноциты 9%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 45.1%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонные тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 umol / l, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) Negative.

Рентгенография ОГК: корни легких структурные, без инфильтративных теней.

ЛОР-врач: слизистая носа бледно-розовая, гиперемия зева, задней глотки, экзантема мягкого неба.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК -2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения. Целевые показатели. (ПК-4, ПК-15)
13. Укажите особенности сбора анамнеза заболевания и эпидемиологического анамнеза у пациента с подозрением на инфицирование COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Больная П., 23 лет, студентка, жалуется на заложенность носа, слезотечение, першение

в горле, сухой кашель, слабость, повышение температуры тела до 38,6⁰С. Заболела 3 дня назад. Была в контакте с пациентом с подобными жалобами. В анамнезе перенесенные острые респираторные заболевания, ангины по 2-3 раза в году, аллергию отрицает. При объективном обследовании больной: общее состояние средней тяжести. Пониженного питания, вес 65 кг, рост 175 см. Температура тела 38,2⁰С. Кожные покровы гиперемированы, теплые на ощупь, чистые, сыпи нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка цилиндрической формы, тип нормостеничный. Над легкими перкуторно выявляется ясный легочный звук. При пальпации голосовое дрожание выражено умеренно, болезненности нет. При перкуссии над легкими ясный легочный звук. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 75 ударов в минуту. АД 100/80 мм. рт.ст. Конъюнктивы глаз умеренно инъектированы, гиперемированы. Нос заложен, при осмотре слизистая гиперемирована. При осмотре зева - резкая гиперемия слизистой оболочки миндалин, мягкого неба, небных дужек, задней стенки глотки, отмечается гиперплазия фолликулов, миндалины «рыхлые», выступают за край небных дужек. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 10-8-7 см., край мягкий, эластичный, селезенка не пальпируется, симптом Ровзинга отрицательный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, оформленный 1 раз в день, мочеиспускание не нарушено.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $9.8 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.26 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 11.2 g / dL, HCT (гематокрит) 40%, PLT (тромбоциты) $188 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 26 мм/ч, LYM (лимфоциты) 42.9%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 4%, моноциты 12%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 40.1%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонные тела) Negative, SG (удельный вес) 1.018, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 umol / l, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) Negative.

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

ЛОР-врач: слизистая носа отечная, набухшая, гиперемированная. Зев гиперемирован. Миндалины увеличены.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК -2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).

8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Индивидуальная программа реабилитации и абилитации. Значение в улучшении качества жизни пациентов (ПК-2, ПК-7).
13. Составьте план общего и специального лабораторного и инструментального обследования пациента, инфицированного COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Больной И., 18 лет, студент, жалуется на сухой кашель, обильное серозно-слизистое выделение из носа, общую слабость, повышение температура тела 38,1 головную боль, рези в глазах. Болен 3-й день, свое заболевание связывает с контактом с пациентом, который имеет такие же проявления болезни. В анамнезе переносит простудные заболевания 1 раза в 1-2 года. При объективном обследовании больного: общее состояние средней тяжести. Температура тела 38,1, питания пониженного. Подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы мягкой консистенции, размером до 1 см., не спаяны с окружающей клетчаткой, болезненные при пальпации. Кожные покровы чистые, теплые на ощупь, сыпи нет. Конъюнктивы склер резко гиперемированы, серозное отделяемое. Язык умеренно обложен белым налетом. При осмотре - резкая гиперемия слизистой оболочки миндалин, мягкого неба, небных дужек, задней стенки глотки, отмечается гиперплазия фолликулов. Миндалины увеличены, набухшие, поверхность чистая. Грудная клетка цилиндрической формы, тип астеничный. Над легкими перкуторно – ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное. Выслушиваются единичные сухие хрипы, исчезающие после кашля. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 69 ударов в минуту, язык умеренно обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2-3 см. из-под края реберной дуги, слегка болезненная при пальпации, край мягкий, размеры по Курлову 12-11-7 см. Селезёнка выступает на 1-2 см, положительный симптом Ровзинга. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, мочеиспускание 4 раза в день.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $8.6 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.4 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13.2 g / dL, HCT (гематокрит) 40%, PLT (тромбоциты) $200 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 26 мм/ч, LYM (лимфоциты) 24.2%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 2%, моноциты 7%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 65.8%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.015, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) Negative.

Рентгенография ОГК: усиление легочного, бронхиального рисунка, инфильтративных теней не выявлено. ЛОР-врач: слизистая носа набухшая, отечная, гиперемированная, зев гиперемирован, гиперплазия фолликулов, миндалины «рыхлые».

УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 150 мм, левая доля 60мм. Контуров ровные.

Эхоструктура однородная. Эхогенность: повышена. Желчный пузырь: Контуров ровные. Размеры: 53*18 мм. Толщина стенки 2 мм. Форма грушевидная. Содержимое (эхоотрицательное). Поджелудочная железа: Контуров ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: умеренная. Размеры: головка 25 мм. Тело 18 мм. Хвост 26 мм.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинических медицинских организаций (ПК-4, ПК-15).
13. Перечислите критерии принятия решения о необходимости госпитализации пациента с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 (ПК-6, ПК-8).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больная Н., 24 лет, поступила с жалобами на головную боль, сердцебиение, ноющие боли в области сердца, сильную слабость, озноб. Данное состояние возникло 1,5 часа назад. Сначала появилось некоторое беспокойство, чувство тревоги, после чего началось сердцебиение, возникли неприятные ощущения в области сердца, появился озноб. Больная свое состояние связывает с ссорой с мужем. До этого периодически после нервных переживаний отмечала дискомфорт в области сердца, сухость кожи, плохую переносимость шума, высокой температуры внешней среды, некоторое ухудшение состояния после кофе, иногда небольшую мышечную дрожь. Работает преподавателем в школе. Мать страдала гипертонической болезнью. При осмотре больная беспокойна, астенического телосложения, повышенный блеск глаз, мидриаз, бледность кожных покровов, руки холодные на ощупь,

белый дермографизм, t 37,6°C. Щитовидная железа не увеличена. Периферические лимфоузлы мягкие, подвижные, безболезненные, размером до 1 см. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно – ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 105 ударов в минуту, АД 145/85 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5 см. внутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, безболезненный. Размеры по Курлову 10-9-7 см. Стул 1 раз в день, оформленный. Диурез 5 раз в день. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $8.2 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.5 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.2 g / dL, HCT (гематокрит) 41%, PLT (тромбоциты) $190 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 12 мм/ч, LYM (лимфоциты) 36.3%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 3%, моноциты 5%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 55.7%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 μ mol / l, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) 1-0-1.

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЭОС горизонтальная, ЧСС 105 уд. в мин., нарушение процессов реполяризации во II, III отведениях.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Развитие профилактического направления здравоохранения на современном этапе

(ОПК-2, ПК-1).

13. Составьте план дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами (ПК-3).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Больной 40 лет, заболел 4 дня назад, на работе повысилась температура до 38°C, появились мышечные боли, слабость, разбитость. К вечеру повысилась температура тела до 39°C, озноб, появились колющие боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле, кашель сухой, затем со скудной мокротой, одышка. Больной принимал тетрациклин 2 дня, температура тела не снижалась. Перенесенные заболевания: острые респираторные заболевания, крупозная пневмония в детстве. Аллергию отрицает. Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное, кожные покровы гиперемированы, горячие на ощупь, чистые, сыпи нет. Слизистая миндалин, мягкого неба резко гиперемирована, налетов нет. При осмотре грудная клетка цилиндрической формы, тип нормостеничный, при дыхании больной щадит правую половину грудной клетки. Дыхание учащено, 26 в 1 мин., при перкуссии укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого, над остальными участками – ясный легочный звук, пальпаторно - усиление голосового дрожания справа ниже угла лопатки, там же выслушивается крепитация, над остальными участками – голосовое дрожание выражено умеренно. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5 см. внутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 90/65 мм.рт.ст., ЧСС 78 ударов в минуту. Язык сухой, живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, размеры по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не пальпируется, симптом Ровзинга отрицательный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул 1 раз в день, оформленный. Диурез 6 раз в день.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:

ОАК: WBC (лейкоциты) $10.6 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $5.4 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13.0 g / dL, HCT (гематокрит) 49%, PLT (тромбоциты) $220 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 24 мм/ч, LYM (лимфоциты) 19%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 8%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 69%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.022, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) Negative. Уровень мочевины в БХ анализе крови 7 ммоль/л.

Рентгенография ОГК на 4-й день болезни: наличие инфильтрата в нижней доле справа, «тяжистые» бронхи, уплотнение корней легких.

Спирография – FVC (ФЖЕЛ) 67%, FEV1 (ОФВ1) 65%.

ЛОР-врач: слизистая носа не изменена. Зев гиперемирован. Миндалины увеличены, «рыхлые».

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 78 ударов в минуту, ЭОС горизонтальная, нарушение процессов реполяризации в v1, v2, II, III отведениях.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными

нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).

4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).

5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).

6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК -2).

7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).

8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).

9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).

10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).

11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).

12. Виды медицинских осмотров, их профилактическое значение (ПК-2).

13. Определите алгоритм госпитализации пациента, подозрительного на COVID-19 (ПК-8).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Больной В., 20 лет, студент нефтяного университета, обратился к врачу по поводу повышения температуры тела до $37,3^{\circ}$ на протяжении 3 недель. Из анамнеза установлено, что около месяца назад переболел гриппом. Отмечалось повышение температуры до $39,6^{\circ}$, лечился домашними средствами, за медицинской помощью не обращался, осложнений не было. Через 1 неделю после болезни сдавал экзамены. Случайно выявил повышение температуры по вечерам, обратился к врачу. Прием аспирина был неэффективным. В анамнезе: частые простудные заболевания, в детстве состоял на диспансерном учете у фтизиатра. Аллергия к пенициллину. Среди родственников имеются больные хроническими заболеваниями органов дыхания. При осмотре: состояние удовлетворительное, астенического телосложения, пониженного питания, подмышечные лимфатические узлы мягкие, подвижные, безболезненные. Слизистые небных миндалин, дужек, мягкого неба бледно-розовые. Грудная клетка обычной формы. При перкуссии ясный легочный звук, при пальпации ослабление голосового дрожания в надключичной области слева. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5 см. кнутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 74 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык гладкий, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 8-7-7 см. Симптом поколачивания по поясничной области безболезненный. Стул 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускание 5 раз в день.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $7.2 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.7 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.8 g / dL, HCT (гематокрит) 43%, PLT (тромбоциты) $190 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 16

мм/ч, LYM (лимфоциты) 39%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 3%, моноциты 8%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 50%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.024, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 $\mu\text{mol} / \text{l}$, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) 2-3.

Рентгенография ОГК: повышение воздушности легких в верхней доле слева.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 74 в мин., ЭОС не отклонена (угол α - 85), синдром ранней реполяризации желудочков.

Спирография – FVC (ФЖЕЛ) 68%, FEV1 (ОФВ1) 70%.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК -2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Виды медицинских осмотров, их значение в охране здоровья населения (ПК-2).
13. Составьте план эвакуационных мероприятий для лиц с подозрением на COVID-19 (ПК-13).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Больной Н., 40 лет, работает адвокатом, обратился в регистратуру «Бережливой поликлиники» с жалобами на упорные ноющие боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку, левую лопатку, приступы сердцебиения, слабость, головные боли. Боли в сердце не снимаются нитроглицерином. Пациент своевременно без очереди попал на прием к участковому терапевту. При сборе анамнеза выявлено, что все вышеперечисленные жалобы каждый раз возникали на следующий день после нервных переживаний, связанных с

конфликтом по работе, имели различную продолжительность (от нескольких минут до нескольких часов), уменьшались при приеме настойки пустырника, валерианы. К концу приступа выделялось большое количество светлой мочи, на этот раз приступ затянулся до 1,5 суток. В детстве отмечал частые ангины. Мать страдала гипертонической болезнью. При осмотре больного отмечается беспокойство больного, повышенная раздражительность. Состояние удовлетворительное, повышенного питания (рост -160 см, масса тела -96 кг), гиперстенического телосложения, влажные кожные покровы, бледно-розовые, белый дермографизм. Грудная клетка симметрична, тип нормостеничный, равномерно участвует в акте дыхания. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук, голосовое дрожание выражено умеренно, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца левая – от левой среднеключичной линии на 2 см. кнутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. ЧСС 98 ударов в минуту, АД 145/95 мм рт. ст. на правой руке, 140/80 мм. рт.ст. на левой руке. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, размеры по Курлову 10-8-7 см. Поколачивание по поясничной области боли не вызывает. Стул 1 раз в день, оформленный. Диурез до 6-9 раз в день. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $6.1 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.2 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 14.2 g / dL, HCT (гематокрит) 43%, PLT (тромбоциты) $213 \cdot 10^3$ /mL, СОЭ 3 мм/ч, LYM (лимфоциты) 37%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 6%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 53%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.022, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μ mol / l, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) 1-2-1.

Рентгенография ОГК: корни структурные, инфильтративных теней не выявлено.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 98 в мин., электрическая ось не отклонена (угол α - 85), синдром ранней реполяризации желудочков, депрессия ST в V5,6 на 0,5 мм.

На Эхо-КГ без патологии: АО (аорта) восход.30мм, ЛП (левое предсердие) 37 (51*41)мм, МЖП (межжелудочковая перегородка) 9мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 8мм, ПЖ (правый желудочек) 33мм, ПП (правое предсердие) 53*40мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 5,0 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,0 см, КДО (конечный диастолический объем) 130 мл, КСО (конечный систолический объем) 60 мл, УО (ударный объем) 70мл, ФВ (фракция выброса) 53,8%. Зоны асинергии не выявлены. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ (левого желудочка) отсутствуют.

Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 4.75, BIL-T (о.билирубин) 0.57, ALT 15.2, AST 18.2, UREA (мочевина) 49.1, CREA (креатинин) 0.89, TP (о.белок) 7.09, CHOL (ХС) 201Н.

В последующем на фоне этапного комплексного лечения состояние больного постепенно улучшилось. Нормализовались показатели гемодинамики, данные лабораторно-инструментальных методов исследования.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).

3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК -2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
14. Определите тактику ведения больного на всех этапах лечения согласно проекту «Бережливая поликлиника». (ПК-8).
15. Основные принципы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 (ПК-8).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Больной Ш., 25 лет, работает водителем, вызвал врача на дом в связи с жалобами на сильные слабость, головокружение, тошноту, ощущение нехватки воздуха, замирание в области сердца, сильную потливость. Данное состояние начало развиваться 3 часа назад, когда появилось чувство дурноты, слабость, потливость, после чего появилась тошнота, дважды была рвота, не принеся облегчения, жидкий стул, дискомфорт в животе, слюнотечение, самочувствие несколько улучшалось в горизонтальном положении. Свое состояние связывает с ухудшением отношений в семье. Ранее отмечал постоянно потливость рук, низкое АД, часто беспричинное разжижение стула без субъективных жалоб. Эпид. анамнез не отягощен. В детстве неоднократные ангины. Отмечает аллергическую реакцию на пыльцу растений в виде ринита. При осмотре: нормостенического телосложения, умеренного питания, кожа гиперемирована, влажная, чистая, сыпи нет, красный дермографизм. Грудная клетка не изменена. Над легкими перкуторно выявляется ясный легочный звук. При пальпации голосовое дрожание выражено умеренно, болезненность не определяется. Дыхание везикулярное, число дыханий - 20 в минуту, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 2,0 см. кнутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 56 ударов в минуту, АД 80/55. При поверхностной и глубокой пальпации живота - небольшая болезненность по всему животу, отмечаются урчание, симптомы раздражения брюшины отрицательны, t 36,3.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC $7.2 \cdot 10^3$ / mL, RBC $4.0 \cdot 10^6$ / mL, HGB 13.8 g / dL, HCT 42%, PLT (тромбоциты) $198 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 7 мм/ч, LYM 35%, MXD 9%, NEUT 56%. ОАМ: GLU Negative, BIL Negative, KET Negative, SG 1.022, BLD Negative, pH 5.0, PRO Negative, UBG 3.2 umol / l , NIT Positive, LEU 1-2-1.

Рентгенография ОГК: корни структурные, инфильтративных теней не выявлено.

Биохимический анализ крови: GLU 4.75, BIL-T 0.57, ALT 14.1, AST 16.2, UREA 43.2, CREA 0.79, TP 7.19, CHOL 194H.

ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС 56 уд. в мин., ЭОС горизонтальная.

На Эхо-КГ: АО (аорта) 25 мм, АО (аорта) восход. 37мм, ЛП (левое предсердие) 37 (50*39)мм, МЖП (межжелудочковая перегородка) 8мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 8мм, ПЖ (правый желудочек) 34мм, ПП (правое предсердие) 52*41мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 5,0 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,0 см, КДО (конечный диастолический объем) 130 мл, КСО (конечный систолический объем) 50 мл, УО (ударный объем) 80мл, ФВ (фракция выброса) 61,5%. Зоны асинергии не выявлены. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ (левого желудочка) отсутствуют.

ФГДС: Слизистая пищевода розовая ровная. Кардиальная розетка смыкается полностью. В желудке – сок слизи в малом количестве. Слизистая желудка бледно-розового цвета. Перистальтика активная. Складки в теле желудка высокие, извитые. Привратник проходим, округлой формы. Слизистая 12 п.к. розового цвета, б/о.

Кал на копрологическое исследование: оформленный коричневого цвета, мыш. волокна непер. ++, мыш. волокна пер. ++, я/г не обнаружены. Кал на дизгруппу: группы патологических бактерий не обнаружены.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК -2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).

10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
14. Права пациента согласно Федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ОПК-6).
15. Укажите особенности сбора анамнеза заболевания и эпидемиологического анамнеза у пациента с подозрением на инфицирование COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Больной 50 лет, учитель физической культуры, обратился по поводу нарастающей одышки, затрудненного дыхания, преимущественно выдоха. Беспокоят днем чаще 1 раза в неделю, не каждый день, ночные симптомы удушья 1 раз в 2 недели. Из анамнеза известно, что в детстве перенес пневмонию, лечился в стационаре. В последующие годы получал санаторно-курортное лечение, массаж грудной клетки, занимался дыхательной гимнастикой по Стрельниковой. В течение последних 3 лет в холодную погоду отмечает кашель с трудно отходящей вязкой мокротой. Принимал отхаркивающие средства без значительного эффекта. Курил непостоянно по 1,5 пачки в сутки до последнего года.

Отмечает аллергию на пенициллин. Наследственность отягощена по линии отца по бронхолегочным заболеваниям. Объективно: повышенного питания, вес 86 кг, рост 173 см. Кожные покровы бледные, влажные. Температура тела 37,2⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка бочкообразной формы, нормостенический тип. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно над легкими коробочный звук. При аускультации - дыхание с удлинённым выдохом, сухие свистящие хрипы на выдохе. ЧД 22 в минуту. Видимая пульсация в эпигастральной области. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 86 ударов в минуту, АД 150/85 мм. рт. ст. Склеры субиктеричны. Язык влажный, обложен умеренно налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, безболезненный, по Курлову 9-8-7 см. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Отеков на ногах нет. Гипертонус паравerteбральных мышц в грудном отделе позвоночника справа.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC 4.5*10³ / mL, RBC 4.31*10⁶ / mL, HGB 12.7 g / dL, HCT 38.6%, PLT 225*10³/ mL, СОЭ 12 мм/ч, LYM 35.1%, (MXD) 12%, NEUT 52.9%.

ОАМ: GLU Negative, BIL Negative, KET Negative, SG 1.022, BLD Negative, pH 5.0, PRO Negative, UBG 3.2 umol / l, NIT Negative, LEU Negative.

Рентгенография ОГК: корни легких расширены, «тяжистые», повышенная воздушность полей легких, усиление сосудистого рисунка, инфильтративных теней не выявлено.

ЭхоКГ: АО (аорта) 26 мм, АО (аорта) восход.37мм, ЛП (левое предсердие) 37 (49*40)мм, МЖП (межжелудочковая перегородка) 9мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 9мм, ПЖ (правый желудочек) 32мм, ПП (правое предсердие) 53*40мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 4,9 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,3 см, КДО (конечный диастолический объем) 140 мл, КСО (конечный систолический объем) 50 мл, УО (ударный объем) 90мл, ФВ (фракция выброса) 64,3%.

Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 4.5, BIL-T (о.билирубин) 0.47, ALT 18, AST 20, UREA (мочевина) 43.2, CREA (креатинин) 0.69, TP (о. белок) 6.19, CHOL (ХС) 190Н.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 86 уд. в мин., ЭОС вертикальная, нарушение проводимости

по предсердиям в v1, v2, нарушение процессов реполяризации во II, III стандартных отведениях

Спирография: ФЖЕЛ 70%, ОФВ1 64%. Проба положительная.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Показатели здоровья населения Республики Башкортостан (ПК-4, ПК-15).
13. Составьте план общего и специального лабораторного и инструментального обследования пациента, инфицированного COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Больной К., 50 лет, дворник, обратился к врачу с жалобами на боли в области сердца, появившиеся после работы на улице в холодную ветреную погоду. Боли носили сжимающий характер, локализовались в загрудинной области, иррадиировали в левую челюсть, продолжались около 5 минут, после приема валидола не исчезли. Прохожие предложили таблетки нитроглицерина, которые купировали боли. Сразу обратился к участковому врачу. Во время приема боли отсутствуют, чувствует себя хорошо. В анамнезе - сахарный диабет, по поводу которого он состоит на диспансерном учете у эндокринолога 6 лет. Медикаментозное лечение не получает, рекомендована диета. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям со стороны матери. Питание регулярное, разнообразное. Хронические заболевания: периодически отмечает повышение АД на медицинских осмотрах. При осмотре кожные покровы обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрическая, тип гиперстенический. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Дыхание

в легких везикулярное. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 76 ударов в минуту. При пальпации живот безболезненный, печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, безболезненный, размеры по Курлову 10-9-8 см. Периферических отеков нет. Стул 1 раз в день, оформленный. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $5.0 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.52 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.6 g / dL, HCT (гематокрит) 40.2%, PLT (тромбоциты) $261 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 9 мм/ч, LYM 30.7%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 5%, моноциты 5%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 59.3%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.025, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

Рентгенография ОГК: корни легких структурные, инфильтративных теней не выявлено.

Эхо-КГ: АО (аорта) восход. 37мм, ЛП (левое предсердие) 36 (51*41)мм, МЖП (межжелудочковая перегородка) 9мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 9мм, ПЖ (правый желудочек) 34мм, ПП (правое предсердие) 53*42мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 5,2 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,2 см, КДО (конечный диастолический объем) 140 мл, КСО (конечный систолический объем) 60 мл, УО (ударный объем) 80мл, ФВ (фракция выброса) 57,1%. Зоны асинергии не выявлены. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ (левого желудочка) отсутствуют.

Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 5.7, BIL-T (о.билирубин) 0.57, ALT 21, AST 24, UREA (мочевина) 43.2, CREA (креатинин) 0.99, TP (о. белок) 8.0, CHOL (ХС) 220H.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 76 уд. в мин., ЭОС не отклонена, признаки систолической перегрузки левого желудочка, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. В сравнении с ЭКГ двухмесячной давности существенной динамики нет.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК -2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).

9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) (ОПК-6).
13. Перечислите критерии принятия решения о необходимости госпитализации пациента с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 (ПК-6, ПК-8).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

Больной С., 55 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на учащение и усиление интенсивности приступов стенокардии, одышку как на вдохе, так и на выдохе, кашель с трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, количество мокроты увеличилось. Цвет стал зелено-желтым. В анамнезе стенокардия напряжения 1 ФК, лечился в стационаре 2 года назад. Отмечает, что в течение последних трех дней приступы стали более длительными (25-30 минут), купируются 3 таблетками нитроглицерина. В анамнезе стенокардия напряжения 1 ФК, по поводу которого лечился в стационаре 2 года назад, хронический бронхит, по поводу которого неоднократно лечился в стационарных условиях (обострения в течение года 1-2 раза). Постоянное медикаментозное лечение не получает. Работает слесарем на заводе. Работа сменная. Курит 7 лет, по 1 пачке в день, закуривает после пробуждения через 5 минут. При осмотре акроцианоз, кисти холодные, влажные, ногтевые пластинки в виде часовых стекол, дистальные фаланги в виде барабанных палочек. Пониженного питания, кожные покровы чистые, теплые. Грудная клетка цилиндрической формы. Дыхание ослабленное везикулярное, рассеянные сухие хрипы на выдохе, влажные хрипы на вдохе и на выдохе. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5 см. внутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, небольшой систолический шум на верхушке. АД 130/80 мм. рт.ст., ЧСС 86 ударов в минуту, ЧД 22 в минуту. При пальпации живот безболезненный, печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, по Курлову размеры 10-9-8 см. Пастозность н/з голеней. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $6.5 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.63 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13.3 g / dL, HCT (гематокрит) 48%, PLT (тромбоциты) $196 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 16 мм/ч, LYM (лимфоциты) 37%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 1%, моноциты 9%, NEUT (сегментно-ядерные нейтрофилы) 53%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонотелы) Negative, SG (удельный вес) 1.023, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 umol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) 1-2-3.

Рентгенография ОГК: усиленный легочный, бронхиальный рисунки, корни расширены.

Эхо-КГ: АО (аорта) 27 мм, АО (аорта) восход. 37 мм, ЛП (левое предсердие) 37 (51*41) мм, МЖП (межжелудочковая перегородка) 9 мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 8 мм, ПЖ (правый желудочек) 33 мм, ПП (правое предсердие) 53*40 мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 5,1 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,1 см, КДО (конечный диастолический объем) 145 мл, КСО (конечный систолический объем) 45 мл, УО (ударный объем) 100 мл, ФВ (фракция выброса) 69%. Зоны асинергии не

выявлены. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ (левого желудочка) отсутствуют.

Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 4.5, BIL-T (о.билирубин) 0.57, ALT 20, AST 22, UREA (мочевина) 64.2, CREA (креатинин) 0.79, TP (о. белок) 7.9, CHOL (XC) 220H.

На ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС 86 уд. в минуту, ЭОС горизонтальная, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, в отведениях v5, v6 депрессия сегмента ST более 1 мм. В сравнении с ЭКГ месячной давности динамика отрицательная.

Спирография – FVC (ФЖЕЛ) 68%, FEV1 (ОФВ1) 72%.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Что подразумевается под термином средняя ожидаемая продолжительность жизни населения. (ПК-4, ПК-15) .
13. Укажите особенности сбора анамнеза заболевания и эпидемиологического анамнеза у пациента с подозрением на инфицирование COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Больной Ч., 57 лет, судья, в настоящее время жалуется на инспираторную одышку при умеренной физической нагрузке, пастозность голеней, учащенное сердцебиение, быструю утомляемость, слабость. Такое состояние наблюдается в течение 2 суток. В анамнезе - два года назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда, повышение артериального давления более 2 лет. Принимает дезагреганты, бета-блокаторы, иАПФ, диуретики. При осмотре –

повышенного питания, кожные покровы бледные, слегка влажные, акроцианоз. Грудная клетка цилиндрической формы, нормостенического типа. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца левая – от левой среднеключичной линии на 1,0 см. кнаружи в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Сердечные тоны приглушены, аритмичны, систолический шум на верхушке. АД 130/80 мм. рт.ст., ЧСС 100 ударов в минуту. Пульс асимметричен на обеих руках, учащен, 90 ударов в минуту, высокий, напряженный, дефицит пульса. При пальпации живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край мягкий, эластичный, размеры по Курлову 13-10-8 см. Пастозность с/з голеней. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $5.8 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.19 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13.6g / dL, HCT (гематокрит) 36%, PLT (тромбоциты) $230 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 8 мм/ч, LYM (лимфоциты) 37.8%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 1%, моноциты 6%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 54.2%.

ОАМ: GLU Negative, BIL Negative, KET Negative, SG 1.020, BLD Negative, pH 5.5, PRO Negative, UBG 3.2 umol / l, NIT Negative, LEU 1-2-3.

Рентгенография ОГК: усиленный легочный, бронхиальный рисунки, корни расширены.

Эхо-КГ: АО (аорта) 26мм, АО (аорта) восход.36мм, ЛП (левое предсердие) 37 (52*45)мм (увеличение), МЖП (межжелудочковая перегородка) 9мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 10мм, ПЖ (правый желудочек) 33мм, ПП (правое предсердие) 51*40мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 4,9 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,3 см, КДО (конечный диастолический объем) 145 мл, КСО (конечный систолический объем) 60 мл, УО (ударный объем) 85мл, ФВ (фракция выброса) 58,6%. Зоны асинергии. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ (левого желудочка) отсутствуют. Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 4.5, BIL-T (о.билирубин) 0.57, ALT 20, AST 22, UREA (мочевина) 64.2, CREA (креатинин) 0.79, TP (о. белок) 7.9, CHOL (ХС) 200Н.

ЭКГ: мерцание предсердий, ЧСС 100 уд. в мин., ЭОС отклонена влево, признаки гипертрофии левого желудочка, рубцовые изменения в v5, v6, I, II отведениях, нарушение реполяризации по типу систолической перегрузки в v5, v6. Ранее на ЭКГ мерцательной аритмии не было. УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 175 мм, левая доля 68 мм. Контуры ровные. Эхоструктура неоднородная. Эхогенность: повышена. Желчный пузырь: Контуры ровные. Размеры: 73*28мм. Толщина стенки 3мм. Форма грушевидная. Содержимое (эхоотрицательное). Поджелудочная железа: Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: умеренная. Размеры: головка 24мм. Тело 20мм. Хвост 27мм.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).

5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Бюджет здравоохранения и источники формирования (ПК-15).
13. Определите алгоритм госпитализации пациента, подозрительного на COVID-19 (ПК-8).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Больной О., 56 лет, работает автослесарем. При осмотре участковым врачом на дому предъявляет жалобы на боли за грудиной при малейшей физической нагрузке, отмечает учащение и увеличение интенсивности приступов болей, инспираторную одышку, пастозность голеней. Установлено, что больной находился в стационаре по поводу инфаркта миокарда 6 месяцев назад. Через 3 месяца был выписан к труду с рекомендациями по рациональному трудоустройству. Однако продолжал работать автослесарем. Почувствовал ухудшение состояния и вызвал участкового врача. В анамнезе гипертоническая болезнь (максимальное АД 165/100 мм.рт.ст.), по поводу которой постоянно получал медикаментозное лечение (сартаны). В настоящее время при осмотре в состоянии покоя акроцианоз. Кожные покровы сухие, чистые. Умеренного питания. Грудная клетка цилиндрической формы, гиперстенического типа. Перкуторно ясный легочный звук, при аускультации дыхание ослабленное везикулярное, единичные хрипы. Границы относительной тупости сердца левая – от левой среднеключичной линии на 2,0 см. кнаружи в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца глухие, ритмичные, АД 140/105 мм. рт. ст, ЧСС 110 ударов в минуту, отеки на ногах до в/3 голеней, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край болезненный, мягкий, эластичный, размеры по Курлову 13-10-9 см.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

На ЭКГ - синусовая аритмия, ЧСС 110 ударов в минуту, электрическая ось не отклонена, $R_{II}=20$ мм; $R_I+S_{III}=22$ мм., индекс Соколова-Лайона $Sv_2 + Rv_5=32$ мм., рубцовые изменения в I, II, v_3 , v_4 , v_5 , v_6 ; депрессия ST в avL , v_5 , v_6 более 0,5 мм косонисходящей формы с переходом в отрицательный неравносторонний T. В сравнении с ЭКГ месячной давности наблюдается ухудшение в виде усиления систолической перегрузки левого желудочка.

ОАК: WBC $5.5 \cdot 10^3$ / mL, RBC $4.33 \cdot 10^6$ / mL, HGB 12.6g / dL, HCT 40.5%, PLT $224 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 7 мм/ч, LYM 34,4%, (MXD) 10%, NEUT 55.6%. ОАМ: GLU Negative, BIL Negative, KET Negative, SG 1.020, BLD Negative, pH 5.5, PRO Negative, UBG 3.2 μ mol / l, NIT Negative, LEU Negative. Рентгенография ОГК: усиленный легочный, бронхиальный рисунки, корни

расширены, синусы не свободные.

ЭХО КГ: АО (аорта) 27 мм, АО (аорта) восход.39мм, ЛП (левое предсердие) 37 (51*41)мм, МЖП (межжелудочковая перегородка) 9мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 9мм, ПЖ (правый желудочек) 33мм, ПП (правое предсердие) 53*40мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 6,2 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,6 см, КДО (конечный диастолический объем) 140 мл, КСО (конечный систолический объем) 65 мл, УО (ударный объем) 75мл, ФВ (фракция выброса) 53,6%. Зоны гипокинеза и асинергии. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей.

Биохимический анализ крови: GLU 5,0 BIL-T 0.47, ALT 46, AST 50, UREA 54.2, CREA 0.99, TP 8.9, CHOL 200H.

УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 178 мм, левая доля 78 мм. Контуры ровные. Эхоструктура неоднородная. Эхогенность: повышена. Желчный пузырь: Контуры ровные. Размеры: 68*30мм. Толщина стенки 4мм. Форма изогнутая. Содержимое (эхонегативное). Поджелудочная железа: Контуры ровные. Эхоструктура неоднородная. Эхогенность: умеренная. Размеры: головка 24мм. Тело 20мм. Хвост 27мм.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
14. Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению. (ОПК-6).
15. Составьте план эвакуационных мероприятий для лиц с подозрением на COVID-19 (ПК-13).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Пациентка С., 25 лет обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Акушер-гинеколог установил диагноз - беременность 10 недель. Направлена к участковому терапевту в связи с выявлением повышенного артериального давления до 180/100 мм рт.ст. Пациентка отмечает частые головные боли, усиливающиеся при ухудшении погоды, при утомлении. АД не измерялось в течение многих лет, не обследовалась, не лечилась. Из анамнеза установлено, что мать пациентки С. состоит на учете у доктора с диагнозом "гипертоническая болезнь". Пациентка до беременности повышение артериального давления не отмечала. Аллергии на лекарственные препараты не выявлено. Операции не переносила. При обследовании: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розовой окраски, теплые, умеренной влажности, дыхание в легких везикулярное. Грудная клетка цилиндрическая, нормостенического типа, над легкими перкуторно ясный легочный звук. Границы относительной тупости сердца - левая - по среднеключичной линии кнутри на 1,5 см. в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Сердечные тоны ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС-75 ударов в минуту, АД - 160/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не выступает из подреберья, край мягкий, эластичный, безболезненный, размеры по Курлову 9-8-7-см. Периферических отеков нет. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $6.1 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.17 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13.6g / dL, HCT (гематокрит) 46%, PLT (тромбоциты) $210 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 3 мм/ч, LYM (лимфоциты) 31.5%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 3%, моноциты 5%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 50.5%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонотелы) Negative, SG (удельный вес) 1.026, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 umol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) 1-2-3.

Эхо-КГ: АО (аорта) 25 мм, АО (аорта) восход. 36мм, ЛП (левое предсердие) 36 (49*40)мм, МЖП (межжелудочковая перегородка) 8мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 8мм, ПЖ (правый желудочек) 32мм, ПП (правое предсердие) 51*40мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 5,0 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,1 см, КДО (конечный диастолический объем) 130 мл, КСО (конечный систолический объем) 60 мл, УО (ударный объем) 70мл, ФВ (фракция выброса) 53,8%. Зоны асинергии не выявлены. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ (левого желудочка) отсутствуют.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-75 уд. в минуту, электрическая ось сердца горизонтальная, признаки систолической перегрузки левого желудочка в I, aVL, v5, v6.

Консультация окулиста – уплотнение расширение артерий и сужение вен сетчатки.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у

беременной (ОПК-6).

5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).

6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).

7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).

8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).

9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).

10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).

11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).

12. Организация скорой и неотложной медицинской помощи населению (ПК-10, ПК-11).

13. Основные принципы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 (ПК-8).

14.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Пациент К., 35 лет обратился к участковому врачу впервые с просьбой оформить направление на санаторно-курортное лечение. Отмечает, что иногда беспокоят головные боли в затылочной области. Других жалоб не предъявляет, спокоен, чувствует себя вполне здоровым человеком. Однако при обследовании было обнаружено повышение АД до 165/90 мм. рт.ст., ЧСС 86 ударов в минуту. Больной вспомнил, что ранее при медосмотрах в ВУЗе иногда отмечали повышенное АД. При изучении наследственности выявлены гипертоническая болезнь у матери пациента, дед по материнской линии умер от инсульта в 52-летнем возрасте. При обследовании: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розовой окраски, теплые. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа при осмотре не увеличена. Удовлетворительного питания. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Грудная клетка цилиндрическая, астенического типа. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 65 ударов в минуту, АД - 165/90 мм. рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, безболезненный, размеры по Курлову 10-9-7 см. Периферических отеков нет.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $7.0 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $8.5 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.0g / dL, HCT (гематокрит) 28.7%, PLT (тромбоциты) $290 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 4.1 мм/ч, LYM (лимфоциты) 36%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 7%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 53%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.026, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) 1-2-3.

Эхо-КГ: АО (аорта) 27 мм, АО (аорта) восход.36мм, ЛП (левое предсердие) 37

(49*41)мм, МЖП (межжелудочковая перегородка) 9мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 9мм, ПЖ (правый желудочек) 33мм, ПП (правое предсердие) 50*40мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 5,2 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,3 см, КДО (конечный диастолический объем) 120 мл, КСО (конечный систолический объем) 40 мл, УО (ударный объем) 80мл, ФВ (фракция выброса) 66,7%. Зоны асинергии не выявлены. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ (левого желудочка) отсутствуют.

Окулист: ангиосклероз сосудов сетчатки с гипертензией.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 65 уд. в минуту, электрическая ось сердца горизонтальная, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Укажите особенности сбора анамнеза заболевания и эпидемиологического анамнеза у пациента с подозрением на инфицирование COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

Участковый врач вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до 38,5 °С, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле, одышку. До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний легких не было. Курит по 10 сигарет в день, 5 лет, закуливает после пробуждения через 30

минут. Аллергия к пенициллину, аспирину. Контакта с больными не было. При обследовании: Состояние средней степени тяжести. Температура $-37,8^{\circ}\text{C}$, положение больного активное. Умеренного питания. Кожные покровы бледно-розовые, горячие на ощупь, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, тип нормостенический, в акте дыхания левая половина грудной клетки отстаёт. Частота дыхания 28 в минуту. При пальпации ослабление голосового дрожания слева ниже угла лопатки, там же локально определяется участок болезненности. Голосовое дрожание над остальными участками легких выражено умеренно. Ограничение подвижности нижних краёв легких слева, укорочение перкуторного звука в подлопаточной области слева, при аускультации в легких ослабленное везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: левая – от левой средне-ключичной линии кнутри на 1,5 см. в V межреберье, правая – поправому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 82 удара в минуту. АД -120/75 мм. рт.ст. Язык обложен налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, безболезненный, размеры по Курлову 9-7-6 см. Стул 1 раз в день, оформленный. Диурез 4 раза в день. Со стороны других органов и систем без особенностей.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $11.9 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.28 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.3g / dL, HCT (гематокрит) 39.1%, PLT (тромбоциты) $188 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 17 мм/ч, LYM (лимфоциты) 30.8%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 5%, моноциты 11%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 53.2%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.023, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

Спирография – FVC (ФЖЕЛ) 70%, FEV1 (ОФВ1) 75%.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 уд. в минуту. ЭОС вертикальная.

Рентгенография ОГК: корни легких «тяжистые», усиление сосудистого рисунка, больше слева.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на

этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).

9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).

10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).

11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).

12. Врачебная комиссия, задачи (ОПК-6, ПК-7).

13. Составьте план общего и специального лабораторного и инструментального обследования пациента, инфицированного COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

Больной 32 лет предъявляет жалобы на кашель с выделением мокроты ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение температуры до 39°C., одышку. Заболел остро, после переохлаждения. Перенесенные заболевания: редкие острые респираторные заболевания, крупозная пневмония в детстве. Курит по 1 пачке сигарет в день 10 лет, закуривает после пробуждения через 5 минут. Аллергию отрицает. При обследовании: состояние тяжелое, состояние сопор, температура 38,8°C. Пониженного питания. Кожные покровы гиперемированы, горячие, чистые, сухие, гиперемия левой щеки, герпетические высыпания на верхней губе. При осмотре грудная клетка цилиндрической формы, нормостенический тип, частота дыхания - 40 в минуту, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. При пальпации голосовое дрожание ослаблено слева ниже угла лопатки, там же определяется болезненность. При перкуссии слева ниже IV ребра по передней поверхности и от середины лопатки по задней поверхности притупление ясного легочного звука с тимпаническим оттенком, усиленная бронхофония, там же выслушивается бронхиальное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент второго тона над легочной артерией. ЧСС 124 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет. Стул 1 раз в день. Диурез 4 раза в день. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $10.7 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $3.9 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.4g / dL, HCT (гематокрит) 42%, PLT (тромбоциты) $350 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 18 мм/ч, LYM (лимфоциты) 30.5%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 3%, моноциты 10%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 56.5%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.026, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-124 уд. в минуту, электрическая ось сердца вертикальная, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Рентгенография ОГК: корни структурные, понижение воздушности слева, усиление сосудистого рисунка, определяется уровень жидкости.

Спирография – FEV1 (ОФВ1) 48%.

Парциальное давление кислорода в артериальной крови 63 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).

2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ПК-14, ПК-15, ПК-16).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Виды временной нетрудоспособности, порядок выдачи листка нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
13. Перечислите критерии принятия решения о необходимости госпитализации пациента с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 (ПК-6, ПК-8).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

Больной 43 лет, повар, курит с 14 лет по полпачке в день, закуривает через 5 минут после пробуждения. Обратился в поликлинику с жалобами на температуру 37,6°С. Ухудшение состояния после переохлаждения. В течение 4-х лет беспокоит надсадный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, не приносящий облегчения, одышка при нагрузке. Перенесенные заболевания: хронический бронхит, хронический панкреатит, остеохондроз позвоночника. Аллергию отрицает. При объективном обследовании состояние средней тяжести. Питания повышенного, вес 92 кг, рост 176 см. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Лимфатические узлы пальпируются в подмышечной области справа, мягкие эластичные, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью. Шейные вены при вдохе не спадаются. При осмотре грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон, перкуторно определяется коробочный звук. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, в боковых отделах дискантовые хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧД 26 в минуту. Границы сердца: правая кнаружи на 0,5 см от правого края грудины, левая на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. Верхушечный толчок разлитой в V межреберье. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева. Пульс 96 ударов в минуту, напряженный. АД 160/90 мм. рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен в размерах за счет слоя подкожного слоя жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край закругленный, мягкий,

безболезненный. Выявляется умеренная болезненность паравертебральных точек в нижнегрудных и поясничной областях. Стул 1 раз в день. Отеков нет.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $7.9 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.06 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.0g / dL, HCT (гематокрит) 36.2%, PLT (тромбоциты) $213 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 19 мм/ч, LYM (лимфоциты) 36%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 3%, моноциты 9%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 52%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонные тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 umol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-96 уд. в минуту, ЭОС вертикальная, нарушения процессов реполяризации, нарушения проведения по предсердиям в v1, v2, стандартных отведениях - II, III.

Рентгенография ОГК: корни легких «тяжистые», расширены, усиление бронхиального рисунка. Увеличение правых контуров сердца.

Спирография – FEV1 (ОФВ1) 55,3%, индекс Тиффно 61,8%. С бронхолитиками отрицательная.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности: основные показатели, экономическое значение (ПК-4, ПК-15)
13. Составьте план дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами (ПК-3).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

Больной 38 лет, водитель дальних перевозок в течение 4 лет страдает кашлем с его усилением в осенне-зимний периоды с отделением слизисто-гнойной мокроты, субфебрилитетом. Обратился в связи с повышением температуры, отделением гнойной мокроты, увеличением количества мокроты, экспираторной одышкой при ходьбе в течение 6-ти дней. В анамнезе частые обострения хронического бронхита в течение года 2 раза, получал стационарное лечение 2 года назад, выписан с улучшением. Курит 20 лет по 1 пачке в день, закуривает через 5 минут после пробуждения. При объективном исследовании состояние средней тяжести. Температура 37,4°C. Питания повышенного, вес 96 кг, рост 172 см. Кожные покровы с цианотичным оттенком, кисти рук теплые. При осмотре грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены, выбухание надключичных ямок, ограничение подвижности нижних краев легких. При пальпации голосовое дрожание ослаблено, локальной болезненности нет, при перкуссии над легкими - коробочный звук. При аускультации выслушивается жесткое дыхание с удлиненным выдохом, рассеянные свистящие сухие хрипы. ЧД 26 в минуту. Границы относительной тупости сердца левая – от средне-ключичной линии кнаружи на 0,5 см., правая на 1 см. кнаружи от правого края грудины, верхняя по III ребру. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс 94 ударов в минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Язык обложен у корня налетом. Живот мягкий, умеренная болезненность в правом подреберье, печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, край мягкий, эластичный, размеры по Курлову 12-9-8 см. Отеки н/з голеней. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $4.8 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $5.16 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.3g / dL, HCT (гематокрит) 41.5%, PLT (тромбоциты) $196 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 15 мм/ч, LYM (лимфоциты) 34%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 3%, моноциты 12%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 50%. ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонные тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 μ mol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-94 уд. в минуту. ЭОС вертикальная, нарушения процессов реполяризации в v_1 , v_2 , v_5 , v_6 , стандартных отведениях – I, II, III.

Рентгенография ОГК: корни легких расширены, усиление бронхиального, сосудистого рисунков, увеличение размеров сердца.

Спирография – VC (ЖЕЛ) 2900мл., FEV1 (ОФВ1) 65%. С бронхолитиком отрицательная.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной

нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).

6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).

7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).

8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).

9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).

10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).

11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).

12. Порядки и стандарты оказания медицинской помощи (ПК-15).

13. Определите алгоритм госпитализации пациента, подозрительного на COVID-19 (ПК-8).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20

Больной 20 лет, студент, предъявляет жалобы на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди чаще 1 раза в неделю. Болен 2 года. Приступы возникают чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов чаще 2-х раз в месяц. Вариабельность суточных показателей 25%. Лекарства не принимал. В весеннее время с детства отмечает вазомоторный ринит. Курит по 1,5 пачки в день 3 года, закуривает через 30 минут после пробуждения. У матери бронхиальная астма. Ухудшение состояния отмечает в течение недели. При объективном обследовании состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной влажности. Лимфатические узлы не пальпируются. Достаточного питания: вес 76 кг, рост 181 см. При осмотре грудная клетка цилиндрической формы, тип нормостенический, межреберные промежутки равномерные. Пальпаторно-голосовое дрожание выражено умеренно. При перкуссии над легкими – ясный легочной звук, подвижность нижних краев легких 3-5 см. Над легкими выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, единичные хрипы. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5 см. внутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 76 ударов в минуту, АД 116/70 мм. рт. ст. Язык обложен умеренно налетом. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, мочеиспускание 6 раз в день.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $4.2 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.1 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.0g / dL, HCT (гематокрит) 39.9%, PLT (тромбоциты) $190 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 10 мм/ч, LYM (лимфоциты) 26.7%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 6%, моноциты 9%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 58.3%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.018, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-76 ударов в минуту, ЭОС вертикальная, нарушения процессов реполяризации в стандартных отведениях - II, III.

Рентгенография ОГК: корни структурные, усиление сосудистого рисунка.

Спирография – VC (ЖЕЛ) 2900мл., FEV1 (ОФВ1) 82%. С бронхолитиками положительная.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Основные этапы диспансеризации населения. Показатели объема, качества и эффективности диспансеризации (ПК-2, ПК-15).
13. Составьте план эвакуационных мероприятий для лиц с подозрением на COVID-19 (ПК-13).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

Больная 38 лет, предъявляет жалобы на ежедневные приступы удушья с затрудненным выдохом, ночью чаще 1 раза в неделю, кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке. С детства отмечает аллергию на отдельные продукты питания: апельсины, сухое молоко, шоколад. Последние 5 лет в весеннее время года в период цветения деревьев отмечает заложенность носа. Получала противорецидивное лечение у аллерголога. Гормональное лечение получала при стационарном лечении 2 года назад, выписана с рекомендациями приема преднизолона по 5 мг 2 раза в день с постепенным снижением дозы гормона. Больная прекратила прием преднизолона самостоятельно. После относительного периода благополучия вновь ухудшилось состояние в последние 3 месяца. Вызвала на дом

врача скорой помощи по поводу приступов удушья. Для купирования приступа удушья использовали инъекцию эуфиллина, в настоящее время больная продолжает ингаляции беротека до 3 раз в сутки.

Объективно: состояние средней тяжести. Умеренного питания. Температура тела 37,6°C. Грудная клетка бочкообразной формы, тип нормостеничный. Частота дыхания 24 в минуту. Над легкими перкуторно коробочный звук, при аускультации дыхание жесткое с удлиненным выдохом, над всей поверхностью легких сухие дискантовые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над легочной артерией. ЧСС 90 ударов в минуту. АД 140/90 мм. рт. ст. Язык влажный, у края обложен налетом, живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, безболезненный. Поколачивание поясничной области болезненности не вызывает. Стул 1 раз в день. Диурез 6 раз в день. Отеков нет.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $6.0 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.23 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 14.0g / dL, HCT (гематокрит) 31.9%, PLT (тромбоциты) $355 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 20 мм/ч, LYM (лимфоциты) 24.8%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 6%, моноциты 7%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 62.2%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонные тела) Negative, SG (удельный вес) 1.010, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-90 уд. в минуту. ЭОС вертикальная, нарушения процессов реполяризации в V1, V2, стандартных отведениях - II, III.

Рентгенография ОГК: повышенная прозрачность легочных полей, корни расширены, «тяжистые» с неровными контурами.

Спирография – FEV1 (ОФВ1) 63%. С бронхолитиком положительная. Суточный разброс показателей 33%.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного

медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК–10, ПК-11).

10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).

11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).

12. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (ОПК-6).

13. Основные принципы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 (ПК-8).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

Больной 52 лет, грузчик, предъявляет жалобы на одышку в покое, кашель с выделением значительного количества слизисто-гнойной мокроты, слабость, утомляемость. Курит 22 года по пачке в день, закуривает сразу после пробуждения, периодические обострения в течение года связывает с простудными заболеваниями (2 раза в год). Последние 3 года отмечает постепенно усиливающуюся одышку, последние 2 месяца появились отеки на голенях. Часто употребляет алкоголь, чаще 1 раза в неделю. Объективно: пониженного питания. Цианоз губ, акроцианоз. Кисти теплые. На коже туловища и передней поверхности живота выраженная сеть подкожных вен. Отеки до $\frac{1}{3}$ голеней. Грудная клетка бочкообразной формы, нормостенический тип, резистентна. При перкуссии легочный звук с коробочным оттенком, границы легких опущены на 1 ребро. При аускультации дыхание жесткое, в нижних отделах больше ослабленное, с удлинненным выдохом, сухие хрипы при выдохе, влажные хрипы на вдохе и на выдохе. ЧД 30 в минуту. Шейные вены в лежачем положении больного набухают. Имеется пульсация в эпигастральной области, ЧСС 92 удара в минуту, слабого наполнения, напряжения, АД 110/70 мм. рт.ст. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5 см. кнутри в V межреберье, правая – кнаружи на 1,5 см. от правого края грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над легочной артерией. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Отмечает запоры (стул 1 раза в 3 дня), кал с прожилками крови, частое мочеиспускание более 6 раз в день.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $6.0 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $5.43 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 17.5g / dL, HCT (гематокрит) 36.5%, PLT (тромбоциты) $295 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 13 мм/ч, LYM (лимфоциты) 38%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 7%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 51%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонные тела) Negative, SG (удельный вес) 1.014, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Positive, UBG 5.2 (уробилиноген) $\mu\text{mol} / \text{l}$, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-92 уд. в минуту. ЭОС вертикальная, нарушения процессов реполяризации, нарушения проведения по предсердиям в v_1 , v_2 , стандартных отведениях – II, III.

Рентгенография ОГК: корни легких «тяжистые», усиление, бронхиального, сосудистого рисунков, повышенная воздушность легких, синусы не свободные.

Спирография – FEV1 (ОФВ1) 29%. Проба с бронхолитиком отрицательная.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Основные принципы охраны здоровья граждан согласно Федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ОПК-6).
13. Укажите особенности сбора анамнеза заболевания и эпидемиологического анамнеза у пациента с подозрением на инфицирование COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23

Мужчина 45 лет, строитель, страдает хроническим панкреатитом алкогольной природы, последнее обострение - 4 недели назад. Длительность заболевания 17 лет. Обострения патологического процесса в поджелудочной железе не имеют четко установленного сезонного характера и связаны с злоупотреблением алкоголя. Курит 12 лет по полпачке в день, закуривает через 5 минут после пробуждения. Обратился на прием с жалобами на боли в левой половине грудной клетки в течение последней недели, ноющего характера, постоянные, вздутие, газообразование, тошнота, сухость во рту, чередование стула. В течение 2 недель алкоголь не употребляет. Состояние средней степени тяжести. При первичном осмотре температура 38°. Умеренного питания. Кожные покровы бледноваты, теплые, сухие. Склеры умеренно иктеричны. Язык обложен бело-серым налетом, больше у корня, влажный. Дыхание жесткое. В этой же области отмечается притупление перкуторного звука, голосовое дрожание усилено. ЧД 24 в мин., ЧСС 100 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены, ртимичные. При поверхностной и глубокой пальпации болезненность в холедохопанкреатической зоне (Шоффара). В позе Гротта 1 определяется плотноватый малоболезненный тяж в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины

отрицательные. Симптом поколачивания положительный слева. Стул 3 раза в день, кашицеобразный, золотистого цвета, зловонный. Диурез 6 раз в день.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $5.2 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.43 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.8g / dL, HCT (гематокрит) 39.1%, PLT (тромбоциты) $294 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 19 мм/ч, LYM (лимфоциты) 30%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 5%, моноциты 5%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 59%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетонные тела) Negative, SG (удельный вес) 1.012, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 5.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-100 уд. в минуту. ЭОС горизонтальная.

Рентгенография ОГК: корни уплотнены, без инфильтративных теней.

УЗИ ОБП: Печень. Структура однородная, эхогенность умеренно повышена. Желчный пузырь - стенка уплотнена, 4 мм. Конфигурация овальная. В просвете трехслойное содержимое. Конкременты не определяются. Поджелудочная железа - контуры неровные, нечеткие, эхогенность неравномерная, повышена. Структура неоднородная, контуры нечеткие, неровные. Вирсунгов проток расширен.

ФГДС: Слизистая пищевода розовая ровная. Кардиальная розетка сомкнута полностью. В желудке – сок слизи в малом количестве пенистого характера. Слизистая желудка розового цвета в антральном отделе – с явлениями субатрофии. Перистальтика активная. Складки в теле желудка высокие, извитые. Привратник проходим, зияет. Слизистая 12 п.к. гиперемирована, высыпания по типу «манной крупы».

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК – 10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените

для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).

12. Организация деятельности дневного стационара (ОПК-6).

13. Составьте план общего и специального лабораторного и инструментального обследования пациента, инфицированного COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 24

Мужчина 51 год, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области и левом подреберье, которые носят постоянный характер. Боли иррадируют в спину, практически не зависят от приема пищи и почти не снимаются спазмолитиками. Боли появились впервые, беспокоят в течение 4 дней. Тошнота, горечь во рту, чередование стула. В анамнезе - в течение последних 10-12 лет периодически возникали неприятные болевые ощущения в эпигастральной области и правом подреберье, особенно после приема большого количества острой пищи, отрыжка, тошнота. При этом интенсивность болевого синдрома была умеренной, боли носили приступообразный характер, локализовались в правом подреберье, их усиливала рвота, которая была эпизодически. Возникший в настоящий момент приступ болевой связывает с обильным приемом жирной пищи и алкоголя. При осмотре - питание пониженное, рост - 184 см, вес 68 кг. Кожные покровы бледные, симптомы "красных капелек". Склеры иктеричны. Язык обложен серо-белым налетом. Имеются явления глоссита. Грудная клетка цилиндрическая, тип нормостенический. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. АД 105/70 мм. рт. ст. ЧСС 86 ударов в минуту. Живот мягкий, слегка втянут, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации умеренная болезненность в эпигастрии и правом подреберье. При глубокой пальпации болезненность распространяется и в область левого подреберья. Выявляется болезненность в зонах Шофара и Мейо-Робсона, треугольнике Дежардена. В позах Гротта 1 и 2 поджелудочная железа определяется в виде плотноватого умеренно болезненного тяжа. Диарея без примеси крови, до 4-х раз в сутки, каловые массы - полифекалия, без патологических примесей. Кал плохо смывается с унитаза, слабость. Диурез 5 раз в день.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $6.3 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.66 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13.3g / dL, HCT (гематокрит) 40%, PLT (тромбоциты) $327 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 6 мм/ч, LYM (лимфоциты) 34%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 5%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 57%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетонные тела) Negative, SG (удельный вес) 1.014, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 5,5 BIL-T (о.билирубин) 0.57, ALT 20, AST 24, UREA (мочевина) 34.2, CREA (креатинин) 0.89, TP (о. белок) 8.9, CHOL (ХС) 190H, LIP 110.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-86 уд. в минуту. ЭОС горизонтальная.

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 130мм, левая доля 50мм. Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: повышена. Желчный пузырь. Размеры: 68*50мм. Толщина стенки 4мм. Форма грушевидная. Содержимое: взвесь. Поджелудочная железа: Контуры неровные, нечеткие. Эхоструктура неоднородная. Эхогенность: снижена. Размеры: головка 30мм. Тело 21мм. Хвост 25мм.

ФГДС: Заключение: Слизистая пищевода розовая ровная. Кардиальная розетка

сомкнута полностью. В желудке – сок слизи в малом количестве пенистого характера. Слизистая желудка розового цвета в антральном отделе – с явлениями субатрофии. Перистальтика активная. Складки в теле желудка высокие, извитые. Привратник проходим зияет. Слизистая 12 п.к. гиперемирована, с высыпаниями по типу «манной крупы».

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Что подразумевается под термином средняя ожидаемая продолжительность жизни населения. (ПК-4, ПК-15).
13. Укажите особенности сбора анамнеза заболевания и эпидемиологического анамнеза у пациента с подозрением на инфицирование COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25

Мужчина 52 года, токарь на машиностроительном заводе. В течение 8 лет периодически отмечает особенно после приема даже небольших доз алкоголя боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошноту, рвоту, не приносящую облегчение, диарею, плохой аппетит. Часто болевой синдром настолько силен, что больной принимает вынужденное положение, прижав колени к животу и наклонившись вперед. Применение спазмолитических препаратов облегчения не приносит. Во время приступов болей у больного развивается диарейный синдром, который сопровождается болями в животе - в области пупка и по ходу ободочной кишки. Длительность течения заболевания 8 лет. Лечился у терапевта по поводу "колита", "энтероколита" но без эффекта. В период обострения отмечает снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в правом подреберье и эпигастрии, тошноту,

рвоту. Развитие приступов болей - не реже одного раза в 2 месяца. В настоящее время больного беспокоит потеря веса, 4 кг за последние 6 месяцев. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие. Склеры субиктеричны, язык обложен белым налетом, больше у корня. Грудная клетка цилиндрическая, тип нормостенический. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, умеренно вздут в области ободочной кишки, больше справа. В позе Гротта 1 пальпируется поджелудочная железа в виде плотноватого болезненного тяжа. Печень, размеры 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Стул 4-6 раз в день, кашицеобразный.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $4.9 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.48 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13.0g / dL, HCT (гематокрит) 38.5%, PLT (тромбоциты) $216 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 11 мм/ч, LYM (лимфоциты) 28.4%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 2%, моноциты 9%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 60.6%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетонные тела) Negative, SG (удельный вес) 1.014, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-60 уд. в минуту. ЭОС горизонтальная.

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

При копрологическом исследовании обнаружена креаторея, в большом количестве нейтральный жир.

УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 130мм, левая доля 50мм. Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: повышена. Желчный пузырь: Контуры ровные. Размеры: 63*18мм. Толщина стенки 3мм. Форма грушевидная. Содержимое (эхоотрицательное). Поджелудочная железа: Контуры неровные. Эхоструктура неоднородная. Эхогенность: повышена. Размеры: головка 30мм. Тело 20мм. Хвост 25мм.

ФГДС: Заключение: Слизистая пищевода розовая ровная. Кардиальная розетка сомкнута полностью. В желудке – сок слизи в малом количестве. Слизистая желудка розового цвета в антральном отделе – с явлениями субатрофии, дуоденально-гастральный рефлюкс. Перистальтика активная. Складки в теле желудка высокие, извитые. Привратник проходим, зияет. Слизистая 12 п.к. гиперемирована, симптом "манной крупы".

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).

8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения. Целевые показатели. (ПК-4, ПК-15) .
13. Составьте план дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами (ПК-3).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26

Больная 20 лет, беременная (18-20 недель) обратилась в поликлинику с жалобами на головную боль, повышенную температуру до $37,2^{\circ}\text{C}$ в поясничной области и животе, частое и болезненное мочеиспускание. После осмотра гинекологом в женской консультации была направлена на консультацию к врачу-терапевту. При уточнении в анамнезе у беременной выявлен хронический гломерулонефрит, профилактическое лечение не получала. При объективном обследовании: состояние удовлетворительное, умеренного питания, кожные покровы чистые, язык сухой, обложенный белым налетом, зев чистый. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. АД 140/80, ЧСС 88 ударов в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий увеличен за счет беременной матки, дно на уровне пупка, безболезненный. При пальпации - симптом поколачивания с обеих сторон положительный. При глубокой пальпации в области почек – болезненность, пальпируются нижние полюса. Отеки на н/3 голеней. Диурез 7 раз в день.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $4.5 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.45 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.8g / dL, HCT (гематокрит) 39.2%, PLT (тромбоциты) $230 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 9 мм/ч, LYM (лимфоциты) 39.1%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 3%, моноциты 8%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 48.9%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонотелы) Negative, SG (удельный вес) 1.010, BLD (эритроциты) 3-5, pH 6.0, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) 25-30.

Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 5,0 BIL-T (о.билирубин) 0.47, ALT 16, AST 20, UREA (мочевина) 44.2, CREA (креатинин) 0.79, TP (о. белок) 8.9, CHOL (ХС) 230H.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 88 уд. в минуту. ЭОС вертикальная.

Моча по Нечипоренко: Л – 400, Эр. – 1200.

УЗИ: Почка левая: Контуры ровные. Размеры: 105*60мм. Паренхима 19мм. ЧЛС не расширена. Почка правая: Контуры ровные. Размеры: 100*50мм. Паренхима 19мм. ЧЛС не расширена. Органы малого таза: Мочевой пузырь: Контуры ровные. Мало мочи. Объем мочевого пузыря – 80мл.

Вопрос:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Организация медицинской помощи сельскому населению и её особенности (ОПК-6).
13. Определите алгоритм госпитализации пациента, подозрительного на COVID-19 (ПК-8).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 27

Больной 28 лет, строитель, обратился к участковому врачу с жалобами на постоянные ноющие боли в области поясницы, отеки на лице по утрам, мочеиспускание ночью, головную боль, постоянное повышенное артериальное давление от 140/90 мм. рт. ст. до 150/90 мм. рт. ст., после перенесенной ОРВИ - 2 недели назад. Страдает хроническим пиелонефритом 5 лет, лечился амбулаторно с улучшением. Последний год обострение наблюдалось 3 раза. При объективном обследовании; состояние средней тяжести, температура 37,5° С, кожные покровы влажные, бледные, слизистые чистые, отеки особенно выражены на лице. Язык влажный обложен белым налетом. Зев чистый, миндалины не увеличены. В легких при аускультации дыхание ослаблено, хрипов нет. АД 200/100 мм рт.ст., ЧСС 90 уд в мин., сердце - границы не увеличены, при аускультации тоны приглушены, шумы не выслушиваются, синусовая тахикардия. Живот мягкий, безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации. Область почек безболезненна, при поколачивании болевой синдром умеренный. Видимых отеков на ногах нет. Стул регулярный. Диурез нарушен в виде частого и болезненного мочеиспускания.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $7.3 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.46 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.9g / dL, HCT (гематокрит) 40.7%, PLT (тромбоциты) $243 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 2 мм/ч, LYM(лимфоциты) 31.1%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 7% , NEUT

(сегменто-ядерные нейтрофилы) 57.9%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонотелы) Negative, SG (удельный вес) 1.005, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 $\mu\text{mol} / \text{l}$, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) 7-8. Гиалиновые цилиндры 3-4. Моча по Нечипоренко: Л – 4500, Эритроциты - 900.

Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 5,0 BIL-T (о.билирубин) 0.47, ALT 26, AST 30, UREA (мочевина) 74.2, CREA (креатинин) 1.99, TP (о. белок) 8.9, CHOL (ХС) 200H.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 90 уд. в минуту, ЭОС горизонтальная.

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

Рентгенография пояснично – крестцового отдела: в L4-L5 выявлен небольшой субхондральный склероз.

УЗИ: Почки левая: Контуры ровные. Размеры: 105*60мм. Паренхима 16мм. ЧЛС расширена. Почки правая: Контуры ровные. Размеры: 110*50мм. Паренхима 19мм. ЧЛС не расширена. Органы малого таза: Мочевой пузырь: Контуры ровные. Мало мочи. Объем мочевого пузыря – 80мл.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Современные критерии инвалидности, порядок направления граждан на МСЭ (ПК-7).
13. Составьте план эвакуационных мероприятий для лиц с подозрением на COVID-19 (ПК-13).
- 14.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28

Больная 26 лет медицинская сестра, обратилась к участковому врачу с жалобами на постоянные боли, умеренной интенсивности, ощущение тяжести в правом подреберье, иногда появляется чувство тяжести в правом верхнем квадранте живота. Интенсивность болей может усиливаться натощак, особенно по утрам. Иногда боли становятся сильными после еды, но чаще после приема пищи больная чувствует облегчение. Болевой синдром часто сочетается с тошнотой, отрыжкой, слюнотечением. При длительном голодании, а также после сна появляется чувство горечи, сухость, металлический привкус во рту. Считает себя больной 2 года, хотя вспоминает, что в детском возрасте неоднократно беспокоили небольшие боли в животе и запоры. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, склеры и слизистые полости рта субиктеричны. Язык густо обложен бело-желтым налетом, суховат. Со стороны органов дыхания и кровообращения без особенностей. Живот мягкий, умеренно вздут. При глубокой пальпации определяется невыраженная болезненность в правом подреберье. Отмечаются слабо положительные симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского, Пекарского. Симптом поколачивания отрицателен. Стул - склонность к запорам, но периодически появляется диарея, причем каловые массы легко смываются с унитаза. Диурез не нарушен.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $5.3 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.11 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 11.9g / dL, HCT (гематокрит) 37.1%, PLT (тромбоциты) $245 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 12 мм/ч, LYM (лимфоциты) 38%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 5%, моноциты 10%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 47%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетонные тела) Negative, SG (удельный вес) 1.023, BLD (эритроциты) Positive, pH 5.0, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) 1-3-2.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 62 уд. в минуту. ЭОС горизонтальная.

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

Результаты исследования дуоденального содержимого: порция А -18 мл, микроскопия - эпителий, лейкоциты - единич в поле зрения; фаза закрытия сфинктера Одди - 12 мин; порция В - 69 мл, микроскопия без особенностей; порция С - скорость выделения 4 мл/мин, объем желчи 80 мл. Микроскопия - эпителий, лейкоциты - един в поле зрения.

УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 120мм, левая доля 40мм. Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность средняя. Желчный пузырь: Контуры ровные. Размеры: 53*20мм. Толщина стенки 2мм. Форма грушевидная. Содержимое (эхоотрицательное). Поджелудочная железа: Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: средняя. Размеры: головка 25мм. Тело 18мм. Хвост 20мм.

ФГДС: Заключение: Слизистая пищевода розовая ровная. Кардиальная розетка сомкнута полностью. В желудке – сок слизи желчь в малом количестве. Слизистая желудка розового цвета. Перистальтика активная. Складки в теле желудка высокие, извитые. Привратник проходим, зияет. Просвет луковицы 12 п.к. раздувается хорошо. Слизистая 12 п.к. розового цвета, б/о.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном

стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).

4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).

5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).

6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК -2).

7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).

8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).

9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).

10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).

11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).

12. Что подразумевается под термином средняя ожидаемая продолжительность жизни населения. (ПК-4, ПК-15).

13. Укажите особенности сбора анамнеза заболевания и эпидемиологического анамнеза у пациента с подозрением на инфицирование COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 29

Больная 57 лет, пенсионерка, обратилась в поликлинику с жалобами на резкие боли в правом подреберье, возникшие внезапно, сразу после приема жирной пищи; повышение температуры до $37,2^{\circ}\text{C}$, озноб, тошноту, однократную рвоту. Параллельно нарастанию интенсивности болевого синдрома шло повышение температуры. Рвотные массы имели горький вкус. После рвоты было кратковременное облегчение состояния, которое продолжалось не более 20-22 мин. Ухудшение состояния отмечалось при любом движении, даже при простом поднятии руки вверх. Стул со склонностью к запору. Приступ продолжается уже на протяжении 40 мин. Ранее периодически отмечала ноющие боли в области правого подреберья после приема обильной жирной пищи. Примерно 5 лет назад при УЗИ были выявлены мелкие конкременты. Состояние средней тяжести. Больная повышенного питания, бледная. Склеры и кожные покровы субиктеричные. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 92 в мин., АД 145/85 мм. рт.ст. Живот напряжен в области правого подреберья, резко болезненный. Симптомы Ортнера и Мюсси-Георгиевского положительны. Синдромы раздражения брюшины сомнительны. Симптом поколачивания отрицателен. Стул - кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $5.3 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.52 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13.3g / dL, HCT (гематокрит) 42.2%, PLT (тромбоциты) $261 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 7 мм/ч, LYM (лимфоциты) 34.4%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 4%, моноциты 8%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 52.6%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетоновые тела)

Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 16.2 $\mu\text{mol} / \text{l}$, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-92 уд. в минуту, ЭОС горизонтальная.

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 130мм, левая доля 50мм. Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: высокая. Желчный пузырь: Контуры ровные. Размеры: 83*20мм. Толщина стенки 4мм. Форма грушевидная. Содержимое включения множественные размером 20мм с общей акустической тенью. Поджелудочная железа: Контуры неровные, нечеткие. Эхоструктура неоднородная. Эхогенность: повышена. Размеры: головка 20мм. Тело 25мм. Хвост 23мм.

ФГДС: Слизистая пищевода розовая ровная. Кардиальная розетка сомкнута полностью. В желудке – сок слизи в малом количестве. Слизистая желудка гиперемирована, в антральном отделе – с явлениями атрофии. Перистальтика активная. Складки в теле желудка высокие, извитые. Привратник проходим, зияет. Просвет луковицы 12 п.к. раздувается хорошо. Слизистая 12 п.к. гиперемирована.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Бюро медико-социальной экспертизы: функции (ПК-7).
13. Укажите особенности сбора анамнеза заболевания и эпидемиологического анамнеза у пациента с подозрением на инфицирование COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30

Больной 20 лет, студент, обратился к врачу с жалобами на острые ночные и голодные боли в эпигастрии и правом подреберье. На высоте приступа болей возникает рвота, которая значительно облегчает состояние больного. Кроме того, боль уменьшается после приема пищи. Боли возникли 4 дня назад на фоне кажущегося внешнего благополучия, хотя в анамнезе отмечается неоднократное появление нерезко выраженного болевого синдрома после нарушения диеты, во время стрессовых ситуаций. Ничем не лечился. Ранее данных жалоб не отмечал, к врачу не обращался. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пониженного питания: рост 179, вес 61 кг. Язык обложен белым налетом, влажный. В легких дыхание везикулярное, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом верхнем квадранте живота, локально в месте проекции луковицы 12-перстной кишки. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Симптом поколачивания отрицательный. Стул со склонностью к запорам, мочеиспускание не нарушено.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $4.8 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.16 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 11.8g / dL, HCT (гематокрит) 37%, PLT (тромбоциты) $231 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 3 мм/ч, LYM (лимфоциты) 35,1%, (MXD) базофилы 0, эозинофилы 3%, моноциты 9%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 52,9%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-88 уд. в минуту. ЭОС вертикальная.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости - газ в брюшной полости.

ФГДС: Слизистая пищевода розовая ровная. Кардиальная розетка сомкнута не полностью. В желудке – сок слизи. Слизистая желудка гиперемирована в антральном отделе – с явлениями субатрофии. Перистальтика активная. Складки в теле желудка высокие, извитые. Привратник проходим, зияет. Слизистая луковицы 12 п.к. гиперемирована, по передней стенке определяется глубокий язвенный дефект размерами 8 мм с подрывными краями, дно с белесоватым налетом. Рубцовая деформация луковицы. Уреазный тест +++

УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 125мм, левая доля 50мм. Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: средняя. Желчный пузырь: Контуры ровные. Размеры: 53*16мм. Толщина стенки 2мм. Форма грушевидная. Содержимое эхонегативное. Поджелудочная железа: Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: средняя. Размеры: головка 20мм. Тело 17мм. Хвост 18мм.

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).

6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-2, ПК-15).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Первичная и общая инвалидность: структура, причины, пути снижения (ПК-7).
13. Составьте план общего и специального лабораторного и инструментального обследования пациента, инфицированного COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 31

Больной И., 23 года, студент, работает менеджером по продажам, совмещает учебу с работой, жалуется на сухой кашель, першение в горле, повышение температуры тела до 38,8⁰С, головную боль, общую слабость. Заболел накануне, остро. Контактничков с сотрудниками, недавно вернувшимися из Китая. На данный момент сотрудники госпитализированы, так как при определении РНК коронавируса ТОРС (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР был получен положительный результат (обнаружено).

В анамнезе: отмечает простудные и детские инфекции. Занимался плаванием 5 лет, участвовал в соревнованиях, последние три года занимался нерегулярно из-за отсутствия свободного времени. Не курит. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании больного: общее состояние легкой степени тяжести. Температура тела 38,0⁰С, умеренного питания. Кожные покровы гиперемированы, теплые на ощупь, чистые. Лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая миндалин, небных дужек гиперемирована. На слизистой мягкого неба имеются кровоизлияния. Грудная клетка не изменена, тип нормостеничный. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук. При пальпации голосовое дрожание выражено умеренно, болезненность не определяется. Дыхание везикулярное, число дыханий - 22 в минуту, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5см. кнутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 67 в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный, грыжевых образований, рубцов нет. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, размеры по Курлову 9-8-7 см., селезенка не пальпируется, симптом Ровзинга отрицательный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, 1 раза в день, мочеиспускание не нарушено.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:

ОАК: WBC (лейкоциты) $9.5 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.26 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.3 g / dL, HCT (гематокрит) 40.3%, PLT (тромбоциты) $188 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 20 мм/ч, LYM (лимфоциты) 40.9%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 5%, моноциты 9%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 45.1%.

OAM: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонотельца) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 umol / l, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) Negative.

SpO2: 99%

КТ ОГК: корни легких структурные, без инфильтративных теней. Заключение: данных за пневмонию нет.

Консультация оториноларинголога: слизистая носа бледно-розовая, гиперемия зева, задней глотки, экзантема мягкого неба.

Определение РНК коронавируса TOPC (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР:

Показатель	Результат		Рефрактерные значение
	Значение	Отклонение	
Определение РНК коронавируса TOPC (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР	Обнаружено		Обнаружено

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-2, ПК-15).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Что подразумевается под термином средняя ожидаемая продолжительность жизни населения. (ПК-4, ПК-15).

13. Укажите особенности сбора анамнеза заболевания и эпидемиологического анамнеза у пациента с подозрением на инфицирование COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 32

Больная П., 35 лет, инженер, жалуется на заложенность носа, слезотечение, першение в горле, сухой кашель, слабость, повышение температуры тела до 38,8⁰С. Болеет 3-й день, принимает парацетамол 0,5 г. по 1 таб. 3 раза в день, ингавирин 0,9 г. по 1 капс. 1 р/д – без динамики. Неделью назад вернулась из поездки с Италии.

В анамнезе: перенесенные острые респираторные заболевания, ангины по 2-3 раза в году, аллергию отрицает.

При объективном обследовании больного: общее состояние легкой степени тяжести. Пониженного питания, вес 60 кг, рост 175 см. Температура тела 38,1⁰С. Кожные покровы гиперемированы, теплые на ощупь, чистые, сыпи нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Конъюнктивы глаз умеренно инъектированы. Нос заложен. При осмотре зева – гиперемия слизистой оболочки миндалин, мягкого неба, небных дужек, задней стенки глотки, миндалины «рыхлые», без налета. Грудная клетка цилиндрической формы, тип нормостеничный. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук. При пальпации голосовое дрожание выражено умеренно, болезненности нет. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 75 ударов в минуту. АД 110/75 мм. рт.ст. Язык у корня слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 9-8-7 см., край мягкий, эластичный, селезенка не пальпируется, симптом Ровзинга отрицательный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, оформленный 1 раз в день, мочеиспускание не нарушено.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $9.8 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.26 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 11.7 g / dL, HCT (гематокрит) 40%, PLT (тромбоциты) $188 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 20 мм/ч, LYM (лимфоциты) 42.9%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 4%, моноциты 12%, NEUT 40.1%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.018, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 umol / l, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) Negative.

SpO₂: 98%

КТ ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней. Заключение: данных за пневмонию нет.

Консультация оториноларинголога: слизистая носа отечная, гиперемированная. Зев гиперемирован. Миндалины без налета.

Определение РНК коронавируса TOPC (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР:

Показатель	Результат		Рефрактерные значения
	Значение	Отклонение	
Определение РНК коронавируса TOPC (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР	Обнаружено		Обнаружено

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра,

- лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
- 2.Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
- 3.Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
- 4.Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
- 5.Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
- 6.Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
- 7.Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
- 8.Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
- 9.Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
- 10.Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
- 11.Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
- 12.Индивидуальная программа реабилитации и абилитации. Значение в улучшении ачества жизни пациентов (ОПК-8, ПК-14).
- 13.Составьте план общего и специального лабораторного и инструментального обследования пациента, инфицированного COVID-19 (ПК-3, ПК-5).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 33

Больная И., 65 лет, пенсионер, жалуется на сухой кашель, слизистые выделения из носа, общую слабость, повышение температуры тела 38,9⁰С, головную боль. Болеет 2-й день, свое заболевание связывает с контактом с внуком (был на стажировке в Китае). При появлении первых клинических признаков принимала анаферон по схеме, ибупрофен 200 мг. по 1 таб.3 раза в день – без видимой динамики.

В анамнезе: переносит простудные заболевания 3-4 раза в 1 год, с 2015 г. – Вл. правой молочной железы Т2N1M0, была произведена мастэктомия справа с иссечением регионарных подмышечных лимфатических узлов, принимала винорелбин. Аллергическая реакция – на пенициллин, парацетамол.

При объективном обследовании больного: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура тела 38,2⁰С. Подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы мягкой консистенции, размером до 1 см., не спаяны с окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Кожные покровы чистые, теплые на ощупь, сыпи нет. Носовое дыхание – затруднено, явления ринита. При осмотре - резкая гиперемия слизистой оболочки миндалин, мягкого неба, небных дужек, задней стенки глотки. Миндалины увеличены, набухшие, без налёта. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно – ясный легочный звук. При аускультации - дыхание везикулярное.

Выслушиваются единичные сухие хрипы, исчезающие после кашля. Частота дыхания - 23 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 140/85 мм.рт.ст., ЧСС 69 ударов в минуту. Язык обложен у корня белым налетом. Отмечается лимфостаз верхней конечности справа. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2-3 см. из-под края реберной дуги, край мягкий, размеры по Курлову 12-11-9 см. Селезёнка не пальпируется, положительный симптом Ровзинга. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, мочеиспускание не нарушено. SpO2: 95%

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $9.3 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.4 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13.2 g / dL, HCT (гематокрит) 40%, PLT (тромбоциты) $200 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 36 мм/ч, LYM (лимфоциты) 24.2%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 2%, моноциты 7%, NEUT 65.8%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.018, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) Negative.

КТ ОГК: усиление легочного, бронхиального рисунка, инфильтративных теней не выявлено.

Заключение: данных за пневмонию нет.

Консультация оториноларинголога: слизистая носа отечная, гиперемированная, зев гиперемирован, миндалины «рыхлые», гиперемированы, без налета.

УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 150 мм, левая доля 60 мм. Контур ровный. Эхоструктура однородная. Эхогенность: повышена. Желчный пузырь: Контур ровный. Размеры: 53*18 мм. Толщина стенки 2 мм. Форма грушевидная. Содержимое (эхогенное). Поджелудочная железа: Контур ровный. Эхоструктура однородная. Эхогенность: умеренная. Размеры: головка 25 мм. Тело 18 мм. Хвост 26 мм.

Определение РНК коронавируса TOPC (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР:

Показатель	Результат		Рефрактерные значения
	Значение	Отклонение	
Определение РНК коронавируса TOPC (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР	Обнаружено		Обнаружено

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).

2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).

3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).

4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).

5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).

6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-2, ПК-15).

- 7.Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
- 8.Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
- 9.Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
- 10.Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
- 11.Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
- 12.Основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинических медицинских организаций (ОПК-6).
- 13.Перечислите критерии принятия решения о необходимости госпитализации пациента с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 (ПК-6, ПК-8).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 34

Больной Н., 68 лет, пенсионер, обратился за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства с жалобами на сильную слабость, озноб, повышение температуры до $39,0^{\circ}\text{C}$., сухой кашель, боль в грудной клетке, одышку. Заболел неделю назад, лечился самостоятельно, принимал – таб. ингавирин 0,9г. по схеме, таб. парацетамол 0,5г. 3 раза в день. Постепенно заболевание прогрессировало: появилась одышка и боль в грудной клетке. 14 дней назад посещал поликлинику по причине необходимости выписки лекарств, где контактировал с пациентами.

В анамнезе: хроническая обструктивная болезнь легких, бронхитический тип, среднетяжелое течение; гипертоническая болезнь II ст., ст. I (достигнутая), риск 3 (со слов пациента терапия получает в полном объеме систематически). Курит на протяжении 50 лет (10 сигарет в день). При объективном обследовании больного: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, кожные покровы гиперемированы, горячие на ощупь, чистые. Носовое дыхание – свободное. Слизистая миндалин, мягкого неба резко гиперемирована, без налета. При осмотре грудная клетка цилиндрической формы, тип нормостеничный. При перкуссии укорочение перкуторного звука над нижними долями обеих легких, над остальными участками – коробочный звук, пальпаторно - усиление голосового дрожания справа и слева ниже угла лопатки, над остальными участками – голосовое дрожание выражено умеренно. При аускультации - ослабление дыхания в нижних долях обеих легких, там же выслушивается крепитация, над остальными отделами дыхание – жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5см. кнутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент 2 тона над аортой. АД 140/80 мм.рт.ст., ЧСС 78 ударов в минуту. Язык влажный, обложен серо-желтым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, размеры по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не пальпируется, симптом Ровзинга отрицательный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул 1 раз в день, оформленный. Диурез не нарушен.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:

ОАК: WBC (лейкоциты) $10,6 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $5,4 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13,0 g / dL, HCT (гематокрит) 49%, PLT (тромбоциты) $220 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 24 мм/ч, LYM

(лимфоциты) 19%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 8%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 69%.

OAM: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.022, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Positive, UBG(уробилиноген) 3.2 $\mu\text{mol} / \text{l}$, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) Negative. Уровень холестерина в БХ анализе крови 7 ммоль/л.

SpO2: 86%

КТ ОГК: определяются участки перибронхиальной, периваскулярной инфильтрации, уплотнение паренхимы по типу «матового стекла» в нижних долях обоих легких. Заключение: КТ – признаки пневмонии, вероятно, вирусной этиологии.

Спирография – FVC (ФЖЕЛ) 64%, FEV1 (ОФВ1) 45%.

Консультация оториноларинголога: зев гиперемирован, миндалины увеличены, без налета.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 78 ударов в минуту, ЭОС отклонена влево, нарушение процессов реполяризации в v1, v2, II, III отведениях. Признаки гипертрофии ЛЖ.

Определение РНК коронавируса TOPC (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР:

Показатель	Результат		Рефрактерные значение
Определение РНК коронавируса TOPC (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР	Значение	Отклонение	
	Обнаружено		Обнаружено

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья пациента (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического

анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).

11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).

12. Развитие профилактического направления здравоохранения на современном этапе (ОПК-2, ПК-15).

13. Составьте план дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусом (ПК-3).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 35

Больной М. вызвал на дом врача – терапевта участкового. Жалуется на повышение температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, сухой кашель, боль в грудной клетке при глубоком дыхании и кашле. Болеет 5-й день, лечился самостоятельно, принимал таб. парацетамол 0,5 г. 3 раза в день, таб. тамифлю 0,75 г. по схеме. Заболевание постепенно прогрессировало, появилась боль в грудной клетке и одышка.

В анамнезе: курит в течение 5 лет (10 сигарет в день). Аллергическая реакция - к пенициллину, аспирину. 2 недели назад вернулся из Германии. В прошлом заболеваний легких не было.

При объективном обследовании больного: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение больного активное. Температура $38,4^{\circ}\text{C}$, Умеренного питания. Кожные покровы бледно-розовые, горячие на ощупь, без высыпаний. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, тип нормостенический. При перкуссии укорочение перкуторного звука над нижней долей левого легкого и средней долей правого легкого, над остальными участками - ясный легочный звук, пальпаторно - усиление голосового дрожания в передней подмышечной области справа и ниже угла лопатки слева, над остальными участками – голосовое дрожание выражено умеренно. ЧД 26 в 1 мин. При аускультации - ослабление дыхания в нижней доле левого легкого и средней доле правого легкого, там же выслушивается крепитация, над остальными отделами дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5 см. кнутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130/80 мм.рт.ст., ЧСС 78 ударов в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, размеры по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не пальпируется, симптом Ровзинга отрицательный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул 1 раз в день, оформленный. Диурез не нарушен.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $11,9 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $4,28 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 12,3g / dL, HCT (гематокрит) 39,1%, PLT (тромбоциты) $188 \cdot 10^3 / \text{mL}$, СОЭ 21 мм/ч, LYM (лимфоциты) 30,8%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 5%, моноциты 11%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 53,2%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1,023, BLD (эритроциты) Negative, pH 5,5, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3,2 $\mu\text{mol} / \text{l}$, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

SpO₂: 90%

Спирография – FVC (ФЖЕЛ) 70%, FEV₁ (ОФВ₁) 75%.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 уд. в минуту. ЭОС вертикальная.

КТ ОГК: определяются участки перибронхиальной, периваскулярной инфильтрации,

уплотнение паренхимы по типу «матового стекла» в нижней доле левого легкого и средней доле правого легкого. Заключение: КТ – признаки пневмонии, вероятно, вирусной этиологии.

Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР:

Показатель	Результат		Рефрактерные значение
	Значение	Отклонение	
Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР	Обнаружено		Обнаружено

Вопросы:

1. Проанализируйте жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторных, инструментальных исследований в целях установления факта наличия заболевания. (ПК-5).
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
3. Какой будет ваша тактика ведения и лечения пациента с различными нозологическими формами при данной патологии в амбулаторных условиях/дневном стационаре (ПК-8). Выпишите рецепты (ПК-9).
4. Какова будет Ваша тактика при возникновении данной клинической ситуации у беременной (ОПК-6).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Каким образом проводится диспансерное наблюдение при данном заболевании и какие мероприятия необходимо провести для сохранения и укрепления здоровья (ПК-1, ПК-2).
7. Разработайте план дальнейших реабилитационных мероприятий для данного пациента (ОПК-8, ПК-14).
8. Проведите противоэпидемические мероприятия, организацию защиты населения при возникновении чрезвычайной ситуации. Возможна ли такая ситуация? Ваша тактика на этапах медицинской эвакуации. (ПК-3, ПК-13).
9. Возможно ли развитие внезапных острых состояний требующих срочного медицинского вмешательства. Ваша тактика? (ПК-10, ПК-11).
10. Какие вы знаете социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения при данной патологии? (ПК-4).
11. Какие основные медико-статистические показатели при данной патологии вы примените для оценки качества оказания медицинской помощи? (ПК-15).
12. Виды медицинских осмотров, их профилактическое значение (ПК-2).
13. Определите алгоритм госпитализации пациента, подозрительного на COVID-19 (ПК-8).

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ⁴

«Поликлиническое дело»

(наименование дисциплины (практики))

Проведение экзамена по дисциплине «Поликлиническое дело» как основной формы оценки обучения предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры.

Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы по предмету;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на зачете;
5. определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «отлично» заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «хорошо» заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ;
- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий.

Оценки «неудовлетворительно» заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы;
- неумение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «зачтено» заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «не зачтено» заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы;
- неумение выполнять предусмотренные программой задания.

ПРОТОКОЛ экспертизы оценочных материалов

г. _____

«__» _____ 2021 года

«Поликлиническое дело», наименование дисциплины

_____ 31.05.01 Лечебное дело _____,

код и наименование направления подготовки/специальности

Фонды оценочных материалов (ФОМ) или средств (ФОС) разработаны в соответствии с

Положением по разработке, подготовке и оформлению оценочных материалов

_____ ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России,

реквизиты локального нормативного акта

утвержденным _____ решением ученого совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России от

29.08.2017г. протокол № 7.

кем, когда

В ходе экспертизы установлено:

1. Перечень формируемых компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в ходе освоения ООП, соответствуют ФГОС.
2. Критерии и показатели оценивания компетенций, шкалы оценивания обеспечивают проведение всесторонней оценки результатов обучения, уровня сформированности компетенций.
3. Материалы оценки результатов обучения ООП разработаны на основе принципов оценивания: валидности, определенности, однозначности, надежности; соответствуют требованиям к составу и взаимосвязи оценочных средств и позволяют объективно оценить результаты обучения и уровни сформированности компетенций.
4. Объем ФОМ (ФОС) соответствует учебному плану направления подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело.
5. Содержание ФОМ (ФОС) соответствует целям ООП по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело, профстандартам (при наличии), будущей профессиональной деятельности обучающихся.
6. Качество ФОМ (ФОС) обеспечивает объективность и достоверность результатов при проведении оценивания результатов обучения.
7. Качество ФОМ (ФОС) подтверждается следующими экспертными заключениями:
заведующий кафедрой врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, д.м.н., профессор Пименов Л.Т.
заведующий кафедрой внутренних болезней, д.м.н., профессор ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России Губарева И.В.

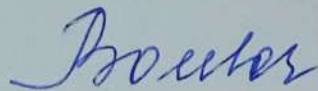
Общие выводы:

На основании проведенной экспертизы оценочных материалов можно сделать заключение о том, что ФОМ(ФОС) ООП 31.05.01 Лечебное дело позволяют установить соответствие уровня подготовки обучающихся к результатам освоения ООП, а именно:

- оценить результаты освоения ООП как по отдельным дисциплинам (модулям), практикам, этапам научного исследования, так и в целом по ООП;

- выявить уровень сформированности общепрофессиональных/ профессиональных компетенций, определенных во ФГОС, на каждом этапе формирования компетенций.⁵

Председатель ЦМК



Л.В. Волевач

подпись

протокол №9 от «08» июня 2021г.

**Председатель
специальности
Лечебное дело**

УМС



Е.Р. Фаршатова

подпись

протокол №8 от «09» июня 2021г.

