

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

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
А.А. Цыплин

" 09 " Июнь 2021 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Практика общеврачебного профиля

Разработчик

Кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО
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

" 9 " июнь 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

" 9 " июнь 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, прошедших практику «Практика общеврачебного профиля»

Основной задачей ФОМ (ФОС) практики «Практика общеврачебного профиля» является проверка знаний, умений и владений обучающегося согласно матрице компетенций рассматриваемого направления подготовки.

Паспорт тестового материала по вопросам терапии в составе Практика общеврачебного профиля

№	Наименование пункта	Значение
1.	Факультет	Лечебный
2.	Кафедра	Поликлинической терапии с курсом ИДПО
3.	Автор-разработчик	Волевач Л.В. Доц.Габбасова Л.В.
4.	Наименование практики	Вопросы терапии в составе Практика общеврачебного профиля
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	720 час/ 20 ЗЕ
6.	Наименование папки	Фонд оценочных материалов
7.	Вид контроля	Тестовые задания
8.	Для специальности	31.05.01 Лечебное дело
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	100
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

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	<p>1. КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ II ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>2. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>3. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ С ПОГРАНИЧНЫМ УРОВНЕМ АД (140/90-159/94ММРТ.СТ.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>1 раз в год</i> 2. 2 3. 3 4. 4 5. верно 1,2
ОПК-5, ПК-6	<p>4. СКОЛЬКО ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ ТЯЖЕСТИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ СУЩЕСТВУЕТ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ КАНАДСКОЙ АССОЦИАЦИИ КАРДИОЛОГОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. два 2. три 3. <i>четыре</i> 4. пять 5. девять
ПК-1, ПК-2	<p>5. АНТРОПОМЕТРИЯ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>6. КАКИЕ ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПОЛИКЛИНИКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>7. КАКИЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОЛЖЕН ОСВОИТЬ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>8. КАКОЙ ПО ФОРМЕ И ВИДУ МЕДИЦИНСКИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ, ПОСТУПАЮЩЕГО НА РАБОТУ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>9. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 131/У 2. 088/У 3. <i>030/У</i> 4. 025/У 5. 131/У
ОПК-8, ПК-7	<p>10. КТО ИЗ УКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>11. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ни в каких случаях не имеет права

	<p>2. в любых на общих основаниях</p> <p>3. при наличии лицензии на это право, без ограничения срока – до выздоровления</p> <p>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></p> <p>5. верно 2,3</p>
ОПК-2, ПК-8	<p>12. КРАТНОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОДНОМ ВИЗИТЕ К ВРАЧУ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1. 2</p> <p>2. 1</p> <p>3. 4</p> <p>4. 3</p> <p>5. верно 1,2</p>
ОПК-5, ПК-9	<p>13. НАЗОВИТЕ ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА</p> <p>1. острое начало</p> <p>2. высокая лихорадка</p> <p>3. <i>затяжное течение заболевания</i></p> <p>4. резко усиленное СОЭ</p> <p>5. высокий лейкоцитоз</p>
ПК-1, ПК-5	<p>14. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ПРОВОДИТСЯ С ___ ЛЕТ</p> <p>1. 15</p> <p>2. 10</p> <p>3. 7</p> <p>4. 14</p> <p>5. 17</p>
ОПК-6, ПК-1	<p>15. К НАРУШЕНИЮ РЕЖИМА ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. <i>несвоевременная явка на прием</i></p> <p>2. потеря больничного листа</p> <p>3. несоблюдение предписанного лечения</p> <p>4. отказ от госпитализации</p> <p>5. верно 1,3</p>
ПК-1, ПК-2	<p>16. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ КАЖДОМУ ВЗРОСЛОМУ ГРАЖДАНИНУ 1 РАЗ В __ ГОД/ЛЕТ</p> <p>1. 1</p> <p>2. 2</p> <p>3. 4</p> <p>4. 3</p> <p>5. 5</p>
ОПК-5, ПК-5	<p>17. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА?</p> <p>1. крепитация</p> <p>2. крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы</p> <p>3. мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы</p> <p>4. <i>сухие разнокалиберные хрипы</i></p> <p>5. шум трения плевры</p>

ОПК-5, ПК-5	<p>18. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НАД ЛЁГКИМИ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>крепитацию</i> 2. крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы 3. мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы 4. сухие хрипы 5. шум трения плевры
ОПК-5, ПК-6	<p>19. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диспептические явления 2. головные боли 3. головокружение 4. <i>одышка</i> 5. сердцебиение
ОПК-5, ПК-6	<p>20. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ МОЧИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>белка более 3 г/л</i> 2. белка менее 1 г/л 3. относительная плотность менее 1005 4. большое количество уратов 5. бактериурия
ОПК-6, ПК-15	<p>21. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА У ТЕРАПЕВТА В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 29 мин 2. <i>15 мин</i> 3. 18 мин 4. 20 мин 5. 5 мин
ОПК-6	<p>22. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА НА ДОМУ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 мин 2. 20 мин 3. <i>30 мин</i> 4. 1,5 часа 5. 60 мин
ОПК-2, ПК-2	<p>23. КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРОВОДЯТСЯ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. предварительный 2. <i>предварительные, периодические, целевые</i> 3. предварительные, периодические 4. периодические, целевые 5. периодические, целевые
ПК-2, ПК-15	<p>24. ЧЕРЕЗ КАКИЕ ИНТЕРВАЛЫ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР ЛИЦ, ПЕРЕНЁСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ОКОНЧИВШУЮСЯ ПОЛНЫМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. через 2, 4, 8 месяцев

	<p>2. через 6, 12 месяцев</p> <p>3. <i>через 1,3 и 6 месяцев</i></p> <p>4. через 1 месяц</p> <p>5. через 1, 2 месяца</p>
ОПК-6, ПК-15	<p>25. КАКИЕ УЗКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИВЛЕКАЮТСЯ К ОСМОТРУ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНИХИТОМ?</p> <p>1. отоларинголог</p> <p>2. <i>отоларинголог, стоматолог</i></p> <p>3. стоматолог</p> <p>4. терапевт</p> <p>5. стоматолог, терапевт</p>
ОПК-2, ПК-2	<p>26. КАКОВА КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ?</p> <p>1. <i>4 раза в год</i></p> <p>2. 3 раза в год</p> <p>3). 1 раз в год</p> <p>4. 5 раз в год</p> <p>5. 6 раз в год</p>
ОПК-8, ПК-7	<p>27. В КАКОМ СЛУЧАЕ ИНОСТРАННОМУ ГРАЖДАНИНУ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?</p> <p>1) не выдается ни при каких обстоятельствах</p> <p>2) <i>выдается при болезни</i></p> <p>3) если он является сотрудником российского предприятия</p> <p>4) если он проживает на территории РФ</p> <p>5) если он является сотрудником филиала иностранного предприятия</p>
ОПК-6, ПК-6	<p>28. К КАТЕГОРИИ СОБСТВЕННО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ</p> <p>1. экзему, дерматит</p> <p>2. бронхиальную астму, ХОБЛ</p> <p>3. ВРВ нижних конечностей</p> <p>4. <i>антракоз, вибрационную болезнь</i></p> <p>5. верно 1,4</p>
ОПК-6, ПК-6	<p>29. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ» БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ В ЦЕНТР</p> <p>1. врачей общей практики</p> <p>2. <i>профпатологии</i></p> <p>3. оказывающий специализированную помощь по ведущему синдрому</p> <p>4. санитарно-эпидемиологического надзора</p> <p>5. профессиональных заключений</p>
ПК-1, ПК-2	<p>30. ГРУППОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ) ОБРАЗУЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ</p> <p>1. <i>2-3 групп здоровья</i></p> <p>2. 1 группы здоровья</p> <p>3. всех трех групп здоровья</p> <p>4. 1-2 групп здоровья</p> <p>5. верно 1,2</p>

ОПК-7, ПК-9	<p>31. ДИАГНОСТИРОВАНА ХОБЛ II СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>32. КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. спирография 2. ЭКГ 3. <i>рентгенологическое исследование органов грудной клетки</i> 4. анализ мокроты 5. проба Реберга
ОПК-6, ПК-8	<p>33. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ ФИЗИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ЧДД\geq30 в минуту 2. ДАД$<$90 мм.рт.ст. 3. ЧСС \geq125 ударов в минуту 4. <i>нарушение сознания</i> 5. <i>ЧСС $>$100 уд/мин</i>
ОПК-2, ПК-2	<p>34. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАНИМАЕТ (МИН.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5 2. 60 3. 30 4. 10 5. 5
ПК-1, ПК-8	<p>35. ДИСПАНСЕРНОМУ ПАЦИЕНТУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>36. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. амоксициллина 2. парацетамола 3. противовирусных препаратов; 4. <i>правильно 2, 3</i> 5. сальбутамола
ОПК-5, ОПК-6	<p>37. ПОД ТЕРМИНОМ ПНЕВМОНИЯ, ВЫЗВАННАЯ АТИПИЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ, ПРИНЯТО ПОДРАЗУМЕВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации

	<ul style="list-style-type: none"> 2. вирусную пневмонию 3. эозинофильный инфильтрат 4. <i>пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами</i> 5. пневмонию, вызванную грамотрицательной флорой
ОПК-5, ПК-8	<p>38. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. креатинин сыворотки крови > 176,7 или азот мочевины > 7,0 ммоль/л 2. SaO₂ <92% (по данным пульсоксиметрии) 3. мочевая кислота < 250 ммоль/л 4. <i>верно 1, 2</i> 5. аллергический дерматит
ПК-2, ПК-15	<p>39. ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. всем женщинам в возрасте 45-66 лет 2. <i>в соответствии с показаниями, определенными на I этапе</i> 3. всем подлежащим диспансеризации 4. всем мужчинам в возрасте 45-66 лет 5. не прошедшим I этап
ОПК-6, ПК-9	<p>40. ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ПРОВЕДЕНИИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>41. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>42. ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ ПАЦИЕНТУ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. с разрешения администрации поликлиники 2. на своё усмотрение 3. <i>по его желанию</i> 4. с согласия родственников 5. <i>верно 3,4</i>
ОПК-7, ПК-9	<p>43. К ЦЕЛЯМ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 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

	<p>смертности</p> <p>4. верно 1, 2</p> <p>5. верно 1,3</p>
ОПК-7, ПК-9	<p>44. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГКС ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1. беклометазона дипропионат, будесонид, формотерол</p> <p>2. <i>флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид</i></p> <p>3. флутиказонапропионат, беклометазонадипропионат, будесонид, тиотропиум, сальметерол</p> <p>4. флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид, тиотропиум</p> <p>5. дифлюкан, флюконазол</p>
ПК-1, ПК-2	<p>45. МАММОГРАФИЯ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОКАЗАНА ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)</p> <p>1. <i>39 и старше</i></p> <p>2. 38</p> <p>3. 37</p> <p>4. 35 и младше</p> <p>5. старше 39 лет</p>
ОПК-5, ПК-5	<p>46. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ</p> <p>1. одышка чаще инспираторная, кашель нередко сопутствует одышке, мокрота розовая, пенистая</p> <p>2. <i>одышка чаще экспираторная, кашель появляется в конце приступа, мокрота стекловидная, во время приступа рассеянные сухие хрипы</i></p> <p>3. одышка чаще инспираторная, кашель появляется в конце приступа, мокрота стекловидная, влажные мелкопузырчатые хрипы</p> <p>4. одышка чаще экспираторная, кашель нередко сопутствует одышке, мокрота розовая, пенистая</p> <p>5. одышка инспираторная</p>
ОПК-5, ПК-5	<p>47. ОРТОПНОЭ – ЭТО ОДЫШКА, КОТОРАЯ</p> <p>1. <i>возникает в положении лежа и уменьшается в положении сидя</i></p> <p>2. возникает в положении лежа и не уменьшается в положении сидя</p> <p>3. возникает в положении сидя и уменьшается в положении лежа</p> <p>4. возникает в горизонтальном положении, уменьшается лежа</p> <p>5. возникает в не зависимости от положения тела</p>
ПК-5	<p>48. ТЕРМОМЕТРИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ (В МИН.)</p> <p>1. 1-2</p> <p>2. 10-15</p> <p>3. 15-20</p> <p>4. 5-10</p> <p>5. 5-8</p>
ОПК-7, ПК-9	<p>49. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА СОРНЫЕ ТРАВЫ ВОЗНИКАЮТ В</p> <p>1. июле-августе</p> <p>2. <i>августе-сентябре</i></p> <p>3. июне-июле</p> <p>4. мае-июне</p> <p>5. апреле</p>
ОПК-6,	<p>50. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ</p>

ПК-10	<p>ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ЧДД>30 в минуту 2. САД<90 ммрт.ст. 3. ДАД <60 ммрт.ст. 4. правильно 2, 3 5. <i>лейкоцитоз</i>
ОПК-7, ПК-9	<p>51. ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЯ ПРОВОДИТСЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>48-72 часа</i> 2. 2-4 часа 3. 72-96 часов 4. 10-12 часов 5. 6-7 минут
ОПК-7, ПК-9	<p>52. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИПРАТРОПИЯ БРОМИДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>53. УКАЖИТЕ КРИТЕРИИ ДОСТАТОЧНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Т тела<37,5С 2. отсутствие интоксикации 3. отсутствие дыхательной недостаточности 4. <i>количество лейкоцитов<10*10⁹/л</i> 5. клиническое улучшение
ОПК-2, ПК-2	<p>54. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I 2. II 3. <i>III</i> 4. 0 5. IV
ОПК-2, ПК-2	<p>55. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>2-3 раза</i> 2. 1-2 раза 3. 5-6 раз 4. по необходимости 5. более 10 раз
ПК-7, ПК-15	<p>56. КАКИЕ ВИДЫ ТРУДА И УСЛОВИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ</p>

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

	<p>3. 65-80 дней; 4. 30-40 дней; 5. до 120 дней</p>
ОПК-8, ПК-5	<p>63. ПРИ СУБФЕБРИЛИТЕТЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 2 НЕДЕЛИ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сывороточное железо 2. <i>клинический анализ крови</i> 3. щелочную фосфатазу 4. суточную протеинурию 5. общий анализ мочи
ОПК-6, ПК-5	<p>64. ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ХОЛЕСТЕРИНА ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ СОСТАВЛЯЕТ ДО (ММОЛЬ/Л)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 8 2. 6 3. 7 4. 5 5. 4,5
ОПК-5, ПК-5	<p>65. НА ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ НАПРАВЛЯЮТ ПАЦИЕНТОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>66. КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. спирография 2. ЭКГ 3. <i>рентгенологическое исследование органов грудной клетки</i> 4. анализ мокроты 5. бронхоскопия
ОПК-7, ПК-9	<p>67. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>68. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. микоплазма 2. хламидия 3. легионелла 4. <i>пневмококк</i> 5. гемофильная палочка
ОПК-5,	<p>69. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАЗЫВАЕТСЯ АСТМАТИЧЕСКИМ</p>

ПК-6	<p>СТАТУСОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>70. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разрыв миокарда 2) эмболия мозга 3) <i>нарушения ритма</i> 4) синдром Дресслера 5) шок
ОПК-6, ПК-11	<p>71. ОСТРЫЕ «КИНЖАЛЬНЫЕ» БОЛИ В ЖИВОТЕ, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА, НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пенетрацию язвы 2. <i>перфорацию язвы</i> 3. кровотечение из язвы 4. малигнизацию язвы 5. рак желудка
ОПК-6, ПК-11	<p>72. У ПАЦИЕНТА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ С-М ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА, С-М КУРВУАЗЬЕ, ФРЕНИКУС С-М. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАДО ДУМАТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. язва желудка 2. острый панкреатит 3. острый аппендицит 4. почечная колика 5. <i>острый холецистит</i>
ОПК-8, ПК-7	<p>73. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 20-26 дней 2. 26-32 дня 3. 48-55 дней 4. 8-12 дня 5. 50-60 дней
ПК-1, ПК-2	<p>74. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ ПО АНГИНЕ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. года 2. <i>месяца</i>

	<ol style="list-style-type: none"> 3. квартала 4. недели 5. дня
ПК-2, ПК-15	<p>75. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КРАТКОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (МИН.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 15 2. 12 3. 10 4. 17 5. 5
ПК-7, ПК-15	<p>76. КАКАЯ СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВН ПРИ ПНЕВМОНИЯХ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 21 день 2. 28 дней 3. 32 дня 4. 40 дней 5. 35 дней
ОПК-6, ПК-11	<p>77. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ВОСКРЕСЕНСКОГО, КОХЕРА, РОВЗИНГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ В ПОЛЬЗУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острого пиелонефрита 2. острого панкреатита 3. острого аппендицита 4. перфорации язвы желудка 5. острый холецистит
ПК-1, ПК-2	<p>78. СОГЛАСНО НОВЫМ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫМ ДОКУМЕНТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ___ ЭТАП/ЭТАПА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. 2 3. 4 4. 3 5. верно 1,2
ОПК-7, ПК-9	<p>79. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 7 дней 2. 10 дней 3. 21 день 4. 14 дней 5. верно 1,2,4
ПК-2, ПК-15	<p>80. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. год 2. полгода 3. 2 года 4. 3 года 5. квартал

ОПК-8, ПК-14	<p>81. К ТРЕТЬЕМУ ЭТАПУ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стационарный 2. лечебный 3. <i>амбулаторно-поликлинический</i> 4. санаторно-курортный 5. дневной стационар
ОПК-7, ПК-9	<p>82. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>диета</i> 2. лекарственная терапия 3. фитотерапия 4. иглорефлексотерапия 5. смена обстановки
ОПК-6, ПК-15	<p>83. БОЛЬНОГО С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ СЛЕДУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>84. ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ АНТИГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ЭРАДИКАЦИИ СЛЕДУЮЩИЕ СХЕМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>85. ПРИСТУП УДУШЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диспепсии 2. кардиогенного шока 3. синдрома Бадда-Киари 4. пневмонии 5. <i>бронхиальной астмы</i>
ОПК-7, ПК-9	<p>86. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стрептоцид 2. бактрим 3. <i>инфликсимаб</i> 4. метрогил 5. полимиксин В
ОПК-8, ПК-14	<p>87. ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. частная 2. коллективная 3. <i>профессиональная</i>

	<ul style="list-style-type: none"> 4. коллегиальная 5. региональная
ОПК-2, ПК-2	<p>88. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>89. ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. воспитание человека 2. сохранение здоровья 3. снижение смертности 4. снижение инвалидности 5. <i>верно 3,4</i>
ОПК-7, ПК-9	<p>90. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКИНЕТИЧЕСКОЙ ДИСПЕПСИИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. антибиотики 2. обволакивающие средства 3. <i>прокинетики</i> 4. блокаторы H₂ – рецепторов 5. антациды
ПК-1, ПК-2	<p>91. ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТЫ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. одну 2. две 3. <i>три</i> 4. четыре 5. <i>верно 2,4</i>
ОПК-5, ПК-6	<p>92. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>93. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗЖОГИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>94. ОСНОВНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ДОКУМЕНТ, ОТРАЖАЮЩИЙ ДИНАМИКУ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. справка о здоровье

	<ol style="list-style-type: none"> 2. лист временной нетрудоспособности 3. <i>амбулаторная карта</i> 4. статистический талон 5. форма 131у
ОПК-7, ПК-9	<p>95. КАКИЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антибиотики 2. желчегонные 3. спазмолитики 4. ингибиторы АПФ 5. <i>интерфероны</i>
ОПК-1, ПК-1	<p>96. КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>97. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТИПИЧНА ДИСФАГИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 2. склеродермия 3. рак пищевода 4. дивертикул пищевода 5. <i>для всех указанных</i>
ОПК-5, ПК-6	<p>98. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>99. ПРИ СОЧЕТАНИИ МЕЛЕНЫ И ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>100. ПОД АНТРОПОМЕТРИЕЙ ПОНИМАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>измерение роста и массы тела</i> 2. анкетирование 3. измерение силы рук 4. измерение роста 5. измерение подкожной жировой складки

**Паспорт тестового материала по вопросам хирургии в составе
«Практика общеврачебного профиля»**

№	Наименование пункта	Значение
1.	Факультет	Лечебный
2.	Кафедра	Хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, госпитальная хирургия
3.	Автор-разработчик	Костина Ю.В., Корнилаев П.Г.
4.	Наименование практики	Вопросы хирургии в составе Практика общеврачебного профиля
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	720 час / 20 ЗЕ
6.	Наименование папки	Оценочные материалы
7.	Вид контроля	Тестовые задания
8.	Для специальности	31.05.01 Лечебное дело
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	100
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

Оценочные материалы к I этапу

Оценка компетенций ОПК-7 (ОПК-7.1., ОПК-7.2., ОПК-7.3., ОПК-7.4.), 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-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.)

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-5	<p>1. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ</p> <p>1) приступообразные боли 2) боли постоянные, опоясывающего характера 3) разлитые боли без определённой иррадиации 4) кинжальная боль 5) боли периодические, ноющие</p>
ОПК-7, ПК-6	<p>2. КТО НАПИСАЛ РУКОВОДСТВО «ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ»</p> <p>1) В.И. Стручков 2) С.С. Гирголав 3) В.В. Ермольева 4) Т.Ф. Арьев 5) В.Ф. Войно-Ясенецкий</p>
ПК-8	<p>3. ВТОРИЧНЫЙ МЕДИАСТЕНИТ МОЖЕТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЕМ</p> <p>1) гнойных воспалений клетчатки шеи 2) распадающегося рака пищевода 3) нагноений легких и плевры 4) любого из перечисленных выше заболеваний 5) столбняка</p>
ПК-9	<p>4. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА В МАЛОМ ТАЗУ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>1) диарея 2) гиперпирексия 3) дизурические явления 4) задержка стула и газов 5) рвота</p>
ОПК-7, ПК-10	<p>5. КАКОЙ ВОЗРАСТ НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕН ВОЗНИКНОВЕНИЮ АДЕНОФЛЕГМОН</p> <p>1) детский 2) юношеский 3) зрелый 4) старческий 5) все в одинаковой степени</p>
ПК-5	<p>6. ПРИ ПОДПЕЧЁНОЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ЧАЩЕ ОТМЕЧАЮТСЯ</p> <p>1) гиперпирексия 2) симптомы заболевания мочевого пузыря 3) симптомы заболевания желчного пузыря 4) дизурические явления</p>

	5) симптомы острого панкреатита
ОПК-7, ПК-6	7. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ 1) малигнизация 2) перфорация в брюшную полость, кровотечение из эрозированных сосудов 3) кровохарканье 4) самоизлечение 5) сепсис
ПК-8	8. КАКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДЫ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЁЧНОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА 1) голодание, снятие спазма сфинктера Одди, антигистаминные препараты, паранефральная новокаиновая блокада 2) операция 3) применение цитостатических препаратов 4) методы экстракорпоральной детоксикации 5) лапароскопическая операция
ПК-9	9. КТО АВТОР МОНОГРАФИИ «НАЧАЛА ОБЩЕЙ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ» 1) Н.И. Пирогов 2) С.С. Гирголав 3) С.П. Федоров 4) А. Чаруковский 5) А.А.Вишневский
ОПК-7, ПК-10	10. ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ НАСТУПАЕТ СЕКВЕСТРАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ 1) через 3-7 суток 2) через 1-2 недели 3) через 3-4 недели 4) через 5-6 недель 5) через 7-8 недель
ПК-5	11. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ФАСЦИИТ – ЭТО 1) грубые рубцовые изменения поверхностной фасции 2) некроз, гнойное воспаление кожи, подкожной клетчатки и фасции 3) быстро распространяющееся гнойно-гнилостное воспаление поверхностной фасции тела и вторичное поражение окружающих тканей 4) обширные дефекты в поверхностной фасции в результате травм и операций 5) гнойное воспаление подкожной клетчатки и глубокой фасции
ОПК-7, ПК-6	12. ПРЕПАРАТЫ КАКОЙ ГРУППЫ ОБЛАДАЮТ АНТИЛИПАЗНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА 1) тетрациклины 2) аминогликозиды 3) пенициллины 4) макролиды 5) хинолоны
ПК-8	13. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ 1) нестерпимые боли в эпигастральной области, нарастание болевого синдрома на высоте рвоты, боли, отдающие в спину, позднее принимающие характер опоясывающих

	<p>2) постоянные боли с иррадиацией в плечо и в лопатку справа</p> <p>3) схваткообразная боль, сопровождающаяся рвотой, которая приносит кратковременное облегчение</p> <p>4) рвота приносит полное устранение боли</p> <p>5) кинжальная боль в эпигастральной области</p>
ПК-9	<p>14. ПОЯВЛЕНИЕ ИЛИ УСИЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПОВОРАЧИВАНИИ БОЛЬНОГО СО СПИНЫ НА ЛЕВЫЙ БОК В ПОЛОЖЕНИИ НА ЛЕВОМ БОКУ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИМПТОМА:</p> <p>1) Раздольского</p> <p>2) Ровзинга</p> <p>3) Ситковского</p> <p>4) Варламова</p> <p>5) Воскресенского</p>
ОПК-7, ПК-10	<p>15. УКАЖИТЕ СРЕДНИЙ СРОК ОБРАЗОВАНИЯ ТРОМБА В ВЕНОЗНОМ РУСЛЕ</p> <p>1) 5 минут</p> <p>2) 30 секунд</p> <p>3) 6 часов</p> <p>4) 2 недели</p> <p>5) 1 неделя</p>
ПК-5	<p>16. ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ РВОТА БЫВАЕТ:</p> <p>1) часто</p> <p>2) редко</p> <p>3) не бывает</p> <p>4) имеется всегда</p> <p>5) не характерно</p>
ОПК-7, ПК-6	<p>17. УКАЖИТЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ НАДЛОБКОВОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ ПУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</p> <p>1) производят по средней линии живота, отступив 1 – 2 см кверху от лонного сочленения; иглу вводят строго перпендикулярно передней брюшной стенке</p> <p>2) производят по средней линии живота, отступив 1 – 2 см кверху от лонного сочленения; иглу вводят с наклоном павильона вверх</p> <p>3) производят по средней линии живота, отступив 1 – 2 см от лонного сочленения; иглу вводят с наклоном павильона вниз</p> <p>4) производят по средней линии живота, отступив 4 – 5 см от лонного сочленения; иглу вводят строго перпендикулярно передней брюшной стенке</p> <p>5) производят по средней линии живота по середине между пупком и лонным сочленением</p>
ПК-8	<p>18. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ ЛИМФАДЕНИТЕ И ЛИМФАНГИТЕ</p> <p>1) проникновение инфекта в лимфатические сосуды и лимфатические узлы, начало инфекционного процесса в них</p> <p>2) системный характер воспалительной реакции при обширном гнойном процессе</p> <p>3) попадание патогенных микроорганизмов в крупные кровеносные сосуды в зоне гнойного воспаления</p> <p>4) дегенеративно-дистрофические процессы в лимфатических сосудах и узлах после перенесенного гнойного воспаления</p> <p>5) наличие патогенных микроорганизмов в крови</p>

ПК-9	<p>19. ОПРЕДЕЛИТЕ СОДЕРЖАНИЕ СИМПТОМА ВЕСТЕРМАРКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диффузная инфильтрация изменённой лёгочной ткани 2) обеднение лёгочного рисунка с увеличением прозрачности лёгочной ткани 3) ателектаз доли лёгкого 4) усиление лёгочного рисунка и инфильтрация лёгочной ткани 5) ателектаз левого лёгкого
ОПК-7, ПК-10	<p>20. НА КАКОМ ИЗ УЧАСТКОВ КОСТИ НАЧИНАЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) костный мозг 2) гаверсовы каналы 3) периост 4) надкостница 5) верны 3 и 4 пункты
ПК-5	<p>21. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ ПАНАРИЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стрептококк 2) стафилококк 3) кишечная палочка 4) синегнойная палочка 5) анаэробная инфекция
ОПК-7, ПК-6	<p>22. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аппендицит 2) гастрит 3) инфаркт миокарда 4) лёгочное кровотечение 5) тромбоз мезентериальных сосудов
ПК-8	<p>23. ПРИ КОСТНОМ ПАНАРИЦИИ 3-ГО ПАЛЬЦА ПРАВОЙ КИСТИ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТОЙ, РАСПРОСТРАНЯЮЩЕЙСЯ ОТ КОНЦЕВОЙ ФАЛАНГИ ДО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пястно-фалангового сустава 2) лучезапястного сустава 3) средней трети предплечья 4) нижней трети плеча 5) верны пункты 1,2
ПК-9	<p>24. ПРИ ОТСУТСТВИИ ТРАВМЫ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ РАЗРЕШАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в день операции 2) на следующий день 3) на 3-4 день 4) на 5-7 день 5) энтеральное питание противопоказано
ОПК-7, ПК-10	<p>25. ПРИ РЕТРОЦЕКАЛЬНОМ АППЕНДИЦИТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Габая 2) Чугаева 3) Крымова 4) Раздольского 5) Воскресенского
ПК-5	<p>26. КАКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВЫЗЫВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ</p>

	<p>ОСТЕОМИЕЛИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) экзогенной 2) эндогенной 3) смешанной 4) анаэробной неклостридиальной 5) грамотрицательной
ОПК-7, ПК-6	<p>27. ГДЕ ОБЫЧНО ФОРМИРУЮТСЯ ЭМБОЛОГЕННЫЕ ТРОМБЫ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в венах голени и малого таза 2) в артериях брюшной полости 3) в дуге аорты 4) в лёгочных венах 5) в нижней полой вене
ПК-8	<p>28. ПРИ КАКОМ ВИДЕ ПАНАРИЦИЯ ПАЛЕЦ ПРИОБРЕТАЕТ КОЛБАСОВИДНУЮ ФОРМУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подкожном 2) сухожильном 3) костном 4) суставном 5) паронихии
ПК-9	<p>29. ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ И.В. ДАВЫДОВСКОГО, СЕПСИС ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неинфекционное заболевание 2) инфекционное заболевание циклического типа 3) общеинфекционное заболевание нециклического типа, связанное с наличием в организме местного инфекционного процесса 4) общеинфекционное заболевание нециклического типа, не связанное с наличием в организме местного инфекционного процесса 5) инфекционное заболевание экзогенного происхождения
ОПК-7, ПК-10	<p>30. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острая или хроническая почечная недостаточность 2) ферментная токсемия 3) начальный период острого холецистопанкреатита 4) токсическая фаза панкреатогенного перитонита 5) перитонит
ПК-5	<p>31. УКАЖИТЕ ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вторичное кровотечение, связанное с усилением фибринолиза 2) перитонит вследствие повреждений и некроза стенки желудка 3) поддиафрагмальный абсцесс 4) тромбоцитоз 5) межкишечный абсцесс
ОПК-7, ПК-6	<p>32. КАКОЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) по Кохеру 2) по Фёдорову 3) верхнесрединная лапаротомия 4) параректальный 5) по Брайцеву

ПК-8	<p>33. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неспецифическим средством предупреждения инфекционных осложнений 2) специфическим средством предупреждения инфекционных осложнений 3) средством коррекции иммунологической реактивности 4) средством, повышающим риск инфекционных осложнений 5) средством регулирующим белковый обмен
ПК-9	<p>34. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИМЕНЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) боль при пальпации живота 2) напряжение мышц передней брюшной стенки 3) отсутствие движений брюшной стенки при дыхании 4) притупление перкуторного звука в отлогих местах живота 5) симптом Щёткина- Блюмберга
ОПК-7, ПК-10	<p>35. УКАЖИТЕ АВТОРА ПЕРВОЙ МЕТОДИКИ ЭМБОЛЭКТОМИИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Пирогов Н.И. 2) Тренделенбург Ф 3) Спасокукоцкий С.И. 4) Торек 5) Куприянов П.А.
ПК-5	<p>36. ПОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКОЙ ГНОЙНОЙ РАНЫ ПОНИМАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) широкое рассечение раны с вскрытием карманов и затеков и иссечение всех некротических нежизнеспособных и пропитанных гноем тканей 2) вторичную хирургическую обработку 3) первичную отсроченную обработку 4) позднюю хирургическую обработку 5) повторную хирургическую обработку
ОПК-7, ПК-6	<p>37. РАННИЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ВОЗНИКАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) через 24 часа от начала заболевания 2) через 2 суток 3) через 4 суток 4) через 6 суток 5) через 6 часов
ПК-8	<p>38. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ГНОЙНОГО ТЕНДОВАГИНИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) открытое повреждение сухожильного влагалища 2) внедрение в сухожильное влагалище инородных тел 3) переход воспаления с окружающих тканей 4) все перечисленные причины 5) нет основных причин
ПК-9	<p>39. ПЕРВИЧНЫЙ СЕПТИЧЕСКИЙ ОЧАГ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) очаг, возникший в процессе течения сепсиса 2) очаг, ставший причиной развития сепсиса 3) очаг, не связанный с другими септическими очагами 4) любой гнойник на фоне сепсиса 5) очаг, развившийся после неэффективного лечения любого гнойного очага
ОПК-7, ПК-10	<p>40. КАКОЙ КРИТИЧЕСКИЙ, В ОТНОШЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ УРОВЕНЬ ИНФЕКТА В ПИЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 10 в 3 степени микроорганизмов в 1 г ткани

	<p>2) 10 в 4 степени микроорганизмов в 1 г ткани</p> <p>3) 10 в 5 степени микроорганизмов в 1 г ткани</p> <p>4) 10 в 6 степени микроорганизмов в 1 г ткани</p> <p>5) 10 в 9 степени микроорганизмов в 1 г ткани</p>
ПК-5	<p>41. УКАЖИТЕ ЧАСТОТУ ПЕРВИЧНОГО ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА</p> <p>1) около 1%</p> <p>2) около 10%</p> <p>3) около 40%</p> <p>4) около 40-50%</p> <p>5) около 5%</p>
ОПК-7, ПК-6	<p>42. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИНДРОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ</p> <p>1) общая воспалительная реакция</p> <p>2) полиорганный недостаточность</p> <p>3) синдром эндогенной интоксикации</p> <p>4) синдром местных воспалительных изменений</p> <p>5) синдром иммунодефицита</p>
ПК-8	<p>43. КАК ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭВЕНТРАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ</p> <p>1) 8 – 10%</p> <p>2) 1 – 2%</p> <p>3) 3 – 4%</p> <p>4) 1 – 5%</p> <p>5) 6 – 7%</p>
ПК-9	<p>44. УКАЖИТЕ УДАРНУЮ ДОЗУ СТРЕПТОКИНАЗЫ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ</p> <p>1) 15 МЕ</p> <p>2) 250 000 МЕ</p> <p>3) 250 МЕ</p> <p>4) 7000000 МЕ</p> <p>5) 1000 МЕ</p>
ОПК-7, ПК-10	<p>45. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕИ</p> <p>1) серозная стадия воспаления</p> <p>2) гнойно-некротическая стадия</p> <p>3) выраженный болевой синдром</p> <p>4) выраженная интоксикация</p> <p>5) гипертермия, лейкоцитоз, повышение СОЭ</p>
ПК-5	<p>46. КАКИЕ КАМНИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НЕ ВИДНЫ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>1) оксалаты и фосфаты кальция</p> <p>2) ураты и цистеиновые камни</p> <p>3) фосфаты кальция</p> <p>4) оксалаты кальция и ураты</p> <p>5) только ураты</p>
ОПК-7, ПК-6	<p>47. КАКИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА</p> <p>1) кишечная палочка</p> <p>2) стафилококки</p>

	<p>3) стрептококки 4) неклостридиальные анаэробы 5) синегнойная палочка</p>
ПК-8	<p>48. Укажите наиболее частое осложнение при тромбоэмболии лёгочной артерии</p> <p>1) инфаркт миокарда 2) лёгочное кровотечение 3) инфаркт лёгкого 4) гемоторакс 5) инсульт</p>
ПК-9	<p>49. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДОСТУПОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕЧЕНИ</p> <p>1) верхнесрединная лапаротомия 2) поперечный разрез по Де-Васко 3) торакофрениколапаротомия по Куино 4) разрез по Шалите 5) разрез по Фёдорову</p>
ОПК-7, ПК-10	<p>50. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРИХОДИТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ</p> <p>1) с острым аппендицитом 2) с печёночной коликой 3) с острым панкреатитом 4) с внематочной беременностью 5) с тромбозом мезентериальных сосудов</p>
ПК-5	<p>51. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ</p> <p>1) наличие почечной колики 2) показания отсутствуют 3) проведение дифференциальной диагностики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в сложных случаях 4) для принятия решения в отношении необходимости срочного оперативного вмешательства 5) для исключения опухоли почки</p>
ОПК-7, ПК-6	<p>52. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АМИЛАЗНО-КРЕАТИНИНОВОГО КЛИРЕНСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА</p> <p>1) более 6 % 2) от 1 до 4 % 3) от 4 до 6% 4) до 1 % 5) 6 – 7%</p>
ПК-8	<p>53. СРЕДИ ВСЕХ ПАНАРИЦИЕВ ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ СОСТАВЛЯЮТ</p> <p>1) 5 % 2) 10 % 3) 15 % 4) 20 % 5) 25 %</p>
ПК-9	<p>54. КАКИЕ УСЛОВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА</p> <p>1) заболевание внепечёночных желчных путей с нарушением тока желчи</p>

	<p>2) склеротические изменения в железе</p> <p>3) заболевания печени</p> <p>4) заболевания селезёнки</p> <p>5) заболевания почек</p>
ОПК-7, ПК-10	<p>55. В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ДИАГНОЗ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЁН ИЛИ ОТВЕРГНУТ:</p> <p>1) за 6 часов</p> <p>2) за 12 часов</p> <p>3) за 24 часа</p> <p>4) за 48 часов</p> <p>5) за 2 часа</p>
ПК-5	<p>56. ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ, ПРОИЗВОДИМУЮ В 24-48 ЧАСОВ ПОСЛЕ РАНЕНИЯ, ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ</p> <p>1) отсроченной</p> <p>2) поздней</p> <p>3) первичной</p> <p>4) вторичной</p> <p>5) повторной</p>
ОПК-7, ПК-6	<p>57. СОДЕРЖАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОСТАТЫ</p> <p>1) введение больному медикаментозных препаратов, повышающих тонус детрузора и вызывающих сокращение мочевого пузыря</p> <p>2) катетеризация мочевого пузыря мягким катетером</p> <p>3) катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером</p> <p>4) пункция мочевого пузыря, а при отсутствии восстановления мочеиспускания – цистостомия</p> <p>5) применение медикаментозных препаратов</p>
ПК-8	<p>58. КАКИЕ КОСТИ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО</p> <p>1) длинные трубчатые</p> <p>2) плоские</p> <p>3) короткие</p> <p>4) кости кисти</p> <p>5) все одинаково часто</p>
ПК-9	<p>59. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПРОНИКАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА РАНЕНИЯ ГРУДИ</p> <p>1) локализация раны в области груди</p> <p>2) ограничение дыхательных экскурсий грудной стенки</p> <p>3) поступление крови при кашле из верхних дыхательных путей</p> <p>4) поступление пенистой крови из раны грудной стенки</p> <p>5) кровотечение из раны</p>
ПК-5	<p>60. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ</p> <p>1) дискинезии мочевыводящих путей</p> <p>2) опухоли и кисты почек</p> <p>3) мочекаменная болезнь</p> <p>4) герпес</p> <p>5) опухоль мочевого пузыря</p>

ОПК-7, ПК-6	<p>61. УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНОЕ МЕСТО ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ГЕМОТОРАКСЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) точка Ходжашвили 2) 7-е межреберье по задней подмышечной линии 3) 2-е межреберье по среднеключичной линии 4) ярёмная вырезка над рукояткой грудины 5) 5-е межреберье по средней подмышечной линии
ПК-8	<p>62. КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тромбоцитопения 2) диспротеинемия 3) эозинофилия 4) лимфопения 5) нейтропения
ПК-9	<p>63. УКАЖИТЕ ФАМИЛИЮ ХИРУРГА, РАЗРАБОТАВШЕГО МЕТОДИКУ ЭМБОЛЭКТОМИИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Вишневский А.В. 2) Пирогов Н.И. 3) Тренделенбург Ф. 4) Накахара К. 5) Куприянов П.А.
ОПК-7, ПК-10	<p>64. ЧТО ТАКОЕ «СЕПТИЦЕМИЯ»</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) любая бактериемия 2) бактериемия при сепсисе 3) обязательный компонент любого сепсиса 4) наличие патогенных микроорганизмов в ликворе 5) нет правильного ответа
ПК-5	<p>65. К ВЫПОЛНЕНИЮ КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ НЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) экскреторная урография 2) хромоцистоскопия 3) ультразвуковое исследование 4) ретроградная пиелография 5) пневмопиелография
ОПК-7, ПК-6	<p>66. УКАЖИТЕ СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ТОРАКОТОМИИ ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДИ ПОСЛЕ ПОСТУПЛЕНИЯ РАНЕНОГО В ГОСПИТАЛЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 12 – 24 часа 2) 6 – 12 часов 3) 2 – 6 часа 4) немедленно после поступления 5) свыше суток
ПК-8	<p>67. ПЕРЕЧИСЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стафилококки, энтерококки, кишечная палочка, неферментирующие грамотрицательные бактерии 2) анаэробы 3) пневмококки 4) нейсерии

	5) клостридии
ПК-9	68. НАЛИЧИЕ КАКОГО МИНИМАЛЬНОГО КОЛИЧЕСТВА ЭРИТРОЦИТОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ОСАДКА МОЧИ ПОЗВОЛЯЕТ ГОВОРИТЬ О МИКРОГЕМАТУРИИ 1) хотя бы одного эритроцита 2) более 5 эритроцитов 3) более 40 эритроцитов 4) более ста эритроцитов 5) 50 эритроцитов
ОПК-7, ПК-10	69. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ 1) сухожильный панариций 2) костный панариций 3) паронихия 4) подногтевой панариций 5) подкожный панариций
ПК-5	70. АБСЦЕССОМ НАЗЫВАЕТСЯ 1) гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки 2) полость с гноем, отграниченная от окружающих мягких тканей 3) очаг распада с полостями деструкции в толще мягких тканей 4) инфекционный процесс в подкожной клетчатке с формированием гнойного воспаления 5) прогрессирующий отек подкожной клетчатки
ОПК-7, ПК-6	71. КАКОЙ МЕТОД ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ 1) сканирование 2) ангиопульмонография 3) обзорная рентгенография органов грудной клетки 4) бронхография 5) томография лёгких
ПК-8	72. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НА ОБЗОРНЫХ РЕНТГЕНОГРАММАХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ КОСВЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПАНКРЕАТИТА 1) размытые тени подвздошно-поясничных мышц, смещение органов средостения 2) симптом «серпа» 3) выраженный пневматоз кишечника 4) симптом «подушки» 5) симптом Валя
ПК-9	73. СОДЕРЖАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ТАМПОНАДОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ КРОВЯНЫМИ СГУСТКАМИ 1) надлобковая капиллярная пункция мочевого пузыря 2) троакарная эпицистостомия 3) промежностная эпицистостомия 4) эпицистостомия 5) надлобковая пункция мочевого пузыря с введением тромболитических препаратов
ОПК-7, ПК-10	74. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

	<ol style="list-style-type: none"> 1) латеральная стенка луковицы двенадцатиперстной кишки 2) медиальная стенка луковицы двенадцатиперстной кишки 3) задняя стенка луковицы двенадцатиперстной кишки 4) передняя стенка луковицы двенадцатиперстной кишки 5) не имеет значение
ПК-5	<p>75. БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) заднего медиастеита 2) переднего медиастенита 3) не характерны для медиастенита 4) переднего и заднего медиастинита 5) перитонита
ОПК-7, ПК-6	<p>76. ЦЕЛЬ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в иссечении разрушенных и нежизнеспособных тканей 2) в проведении мероприятий для подготовки к эвакуации 3) в выполнении туалета раны 4) в полной ликвидации микробного загрязнения в ране 5) в подготовке к вторичной хирургической обработке
ПК-8	<p>77. ГНОЙНЫЙ ТЕНДОВАГИНИТ КАКОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ V-ОБРАЗНОЙ ФЛЕГМОНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первого 2) второго 3) третьего 4) четвертого 5) первого и второго
ПК-9	<p>78. КАКИЕ ВИДЫ МИКРООРГАНИЗМОВ ОБЛАДАЮТ НАИБОЛЬШЕЙ СКОРОСТЬЮ ВЫРАБОТКИ УСТОЙЧИВОСТИ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) синегнойная палочка 2) стафилококки 3) стрептококки 4) кишечная палочка 5) клостридии
ОПК-7, ПК-10	<p>79. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАСТЕНИТА В РАННЕЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) массивная антибактериальная и инфузионная терапия 2) антибактериальная и физиотерапия 3) раннее оперативное вмешательство 4) пункция средостения 5) физиотерапевтическое лечение
ПК-5	<p>80. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЖАЛОБ ИМЕЮТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стяжение жевательных мышц и боли при глотании 2) покраснение кожных покровов 3) припухлость кожных покровов 4) выраженность гипертермии 5) головные боли
ОПК-7, ПК-6	<p>81. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ПОЗВОЛЯЕТ ОТНЕСТИ</p>

	<p>ПОВРЕЖДЕНИЕ ЖИВОТА К ЗАКРЫТОМУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отсутствуют повреждения кожных покровов 2) отсутствуют повреждения париетальной брюшины 3) отсутствуют повреждения паренхиматозных органов 4) отсутствуют повреждения полых органов 5) отсутствуют повреждения мочеточников
ПК-8	<p>82. ПОКАЗАНИЕ К СРОЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) осложнение заболевания желтухой, острым панкреатитом, наличие признаков деструкции стенки желчного пузыря 2) наличие проявлений интоксикации, гипертермия 3) наличие перифокального инфильтрата 4) угроза сепсиса 5) водянка желчного пузыря
ПК-9	<p>83. «РЕТРОЦЕКАЛЬНЫЙ» АППЕНДИЦИТ – ЭТО ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ ЕГО РАСПОЛОЖЕНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в малом тазу 2) в подпечёночном пространстве 3) позади слепой кишки 4) у мочевого пузыря 5) у желчного пузыря
ОПК-7, ПК-10	<p>84. КАКИЕ ИЗ ЧИСЛА ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ПЕНИЦИЛЛИНОВЫМ АНТИБИОТИКАМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стрептококки и пептострептококки 2) стафилококки 3) неферментирующие грамотрицательные бактерии 4) синегнойная палочка 5) вульгарный протей
ПК-5	<p>85. УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВИД АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) местная инфильтрационная анестезия 2) субплевральная блокада 3) внутривенная анестезия 4) эндотрахеальный наркоз 5) масочный наркоз
ОПК-7, ПК-6	<p>86. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аппендэктомия обязательна при любом сроке беременности 2) аппендэктомия противопоказана 3) аппендэктомия сочетается с прерыванием беременности 4) в поздних сроках аппендэктомия обязательна с родовспоможением 5) динамическое наблюдение хирурга
ПК-8	<p>87. ЧТО ТАКОЕ «ЛОЖНАЯ ФЛЮКТУАЦИЯ»</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зыбление жидкости при отеке тканей 2) зыбление жидкости при глубоких флегмонах шеи 3) зыбление жидкости при поверхностных флегмонах шеи 4) зыбление жидкости при скоплении гноя в глубоких пространствах шеи 5) зыбление жидкости в надключичной области

ПК-9	<p>88. В КАКОМ ОТВЕТЕ ПРАВИЛЬНО УКАЗАНЫ ФАКТОРЫ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫЕ С СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНОГО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) состояние питания больного, нарушения иммунитета, гипоксемия, курение, сопутствующие заболевания (диабет, хронические воспалительные заболевания, недостаточность кровообращения) 2) количество микроорганизмов, вирулентность микроорганизмов 3) длительность госпитализации, ранняя подготовка операционного поля 4) высокая продолжительность операции, травматичность вмешательства, недостаточность гемостаза, применение инородных материалов, протезы, шовный материал, нарушение стерильности оборудования 5) снижение иммунитета
ОПК-7, ПК-10	<p>89. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ЧАСТЫМ И НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематурия 2) напряжение мышц передней брюшной стенки 3) болезненность при поколачивании по поясничной области 4) отсутствие кишечных шумов 5) синдром Зельдовича
ПК-5	<p>90. ДЛЯ КАКОЙ МЫШЦЫ ШЕИ ОБРАЗУЕТ ВЛАГАЛИЩЕ ПОВЕРХНОСТНАЯ ФАСЦИЯ ШЕИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для подкожной 2) для грудинно-ключично-сосцевидной 3) для лестничной 4) образует фасциальное влагалище сосудистого пучка 5) правильного ответа нет
ОПК-7, ПК-6	<p>91. У ПОЖИЛЫХ И ИСТОЩЁННЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ АППЕНДИЦИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) может отсутствовать напряжение передней брюшной стенки 2) чаще встречается тазовое расположение отростка 3) чаще наблюдается симптом Чугаева 4) редко встречается деструктивный аппендицит 5) чаще наблюдается симптом Воскресенского
ПК-8	<p>92. ФЛЕГМОНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острое гнойное воспаление тканей с тенденцией к прогрессированию 2) подостро текущее гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки 3) отграниченный участок острого гнойного воспаления в подкожной клетчатке 4) гнойник с перифокальным воспалением в подкожной клетчатке 5) полость с гноем, отграниченная от окружающих тканей
ПК-9	<p>93. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИЗ ЧИСЛА ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СНИЖАЮТ ЧАСТОТУ НАГНОЕВИЙ РАН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) использование антисептических шовных нитей и перевязочного материала с иммобилизованными противомикробными средствами, введение антибиотика перед операцией 2) дренирование через послеоперационную рану, использование гемотрансфузий 3) применение антибиотиков через 8 и более часов после операции 4) интраоперационное расширение раны, дренирование через рану 5) введение белковых препаратов
ОПК-7, ПК-	<p>94. В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ</p>

10	<p>ПРИМЕНЕНИЕ КЛИЗМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обязательно 2) противопоказано 3) проводится по показаниям 4) осуществляется при признаках перитонита 5) только очистительных
ПК-5	<p>95. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ФАСЦИАЛЬНЫХ ЛИСТКОВ ПО КЛАССИФИКАЦИИ В.Н. ШЕВКУНЕНКО ИМЕЕТСЯ НА ШЕЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3 2) 4 3) 5 4) 6 5) 7
ОПК-7, ПК-6	<p>96. УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНОЕ МЕСТО ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ НАРАСТАЮЩЕЙ ЭМФИЗЕМЕ СРЕДОСТЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) точка Ходжашвили 2) точка Ларрея 3) точка Марфана 4) ярёмная вырезка над рукояткой грудины 5) 2-е межреберье по среднеключичной линии
ПК-8	<p>97. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анаэробная неклостридиальная флора 2) анаэробная клостридиальная флора 3) кишечная палочка и вульгарный протей 4) стафилококки и стрептококки 5) синегнойная палочка
ПК-9	<p>98. ОБСТРУКТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) у лиц молодого возраста 2) у стариков 3) у мужчин 4) у женщин 5) у лиц пожилого возраста
ОПК-7, ПК-10	<p>99. УКАЖИТЕ КЛАССИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) коллапс, цианоз, удушье, боли за грудиной 2) подкожная эмфизема, артериальная гипертензия, тахипное 3) брадикардия, брадиное, боли в 6-м межреберье справа 4) внезапная потеря сознания, тризм лицевой мускулатуры, клонические судороги 5) тахикардия, повышение АД
ПК-5	<p>100. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ»</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обзорная рентгенография органов брюшной полости 2) рентгеноконтрастное исследование с бариевой взвесью 3) УЗИ поджелудочной железы 4) радиоизотопное исследование 5) ФГДС

№ теста	ответ	№ теста	ответ	№ теста	ответ	№ теста	ответ	№ теста	ответ
1	2	21	2	41	2	61	2	81	1
2	1	22	1	42	4	62	3	82	1
3	4	23	3	43	1	63	3	83	3
4	3	24	2	44	2	64	2	84	1
5	1	25	1	45	2	65	3	85	4
6	3	26	2	46	2	66	4	86	1
7	2	27	1	47	2	67	1	87	1
8	1	28	2	48	3	68	2	88	1
9	1	29	3	49	4	69	5	89	1
10	3	30	1	50	1	70	2	90	1
11	3	31	4	51	4	71	2	91	1
12	1	32	3	52	1	72	3	92	1
13	1	33	2	53	2	73	4	93	1
14	3	34	4	54	1	74	4	94	2
15	3	35	2	55	3	75	3	95	3
16	2	36	1	56	1	76	1	96	4
17	1	37	2	57	4	77	1	97	4
18	1	38	4	58	1	78	2	98	1
19	2	39	2	59	4	79	3	99	1
20	1	40	4	60	3	80	1	100	3

Паспорт тестового материала «Прегравидарная подготовка женщины к беременности и рождению ребенка в ракурсе превентивной медицины» в составе Практика общеврачебного профиля

№	Наименование пункта	Значение
1.	Факультет	Лечебный
2.	Кафедра	Акушерства и гинекологии
3.	Автор-разработчик	Зулкарнеева Э.М. Галимов А.И.
4.	Наименование практики	«Прегравидарная подготовка женщины к беременности и рождению ребенка в ракурсе превентивной медицины» в составе Практика общеврачебного профиля
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	720 час / 20 ЗЕ
6.	Наименование папки	Фонд оценочных материалов
7.	Вид контроля	Тестовые задания
8.	Для специальностей	31.05.01
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	115
10.	Количество заданий при тестировании студента	115
11.	Из них правильных ответов должно быть (%):	71%
12.	Для оценки «отл» не менее	91 %
13.	Для оценки «хор» не менее	81 %
14.	Для оценки «удовл» не менее	71 %
15.	Время тестирования (в минутах)	115 мин

Оценочные материалы к I этапу

Оценка компетенций 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-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-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.)

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-6	<p>1. БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) СД с тяжелой нефропатией; 2) СД после трансплантации почки; 3) СД с прогрессирующей ретинопатией; 4) СД обоих супругов; 5) Компенсированный сахарный диабет.
ПК-5 ПК-6	<p>2. К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СД ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Невынашивание; 2) Многоводие; 3) Многоплодие; 4) Гестоз; 5) ФПН.
ПК-6	<p>3. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ В РАЗРЕШЕНИИ ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нозологическая форма заболевания; 2) Степень дыхательной недостаточности; 3) Возбудитель заболевания; 4) Длительность острой стадии; 5) Прием препаратов.
ПК-5 ПК-6	<p>4. В НОРМЕ СОДЕРЖАНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН ДОЛЖНО БЫТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 10,5 мкмоль/л и более 2) 12,5 мкмоль/л и более. 3) 11,5 мкмоль/л 4) Не менее 8,95 мкмоль/л 5) Менее 20,5 мкмоль/л
ПК-6	<p>5. БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ АНЕМИЯХ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Апластической, тяжелой формы. 2) Гемолитической, тяжелое рецидивирующее течение. 3) Фолиеводефицитной. 4) Железодефицитной 5) Не противопоказана
ПК-5 ПК-6	<p>6. ЗА КАКОЕ ВРЕМЯ ДО ЗАЧАТИЯ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ ПРЕГРАВИДАРНУЮ ПОДГОТОВКУ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1-2 месяца 2) 1 год 3) 1,5 года

	<p>4) 3-6 месяцев</p> <p>5) не имеет значения</p>
ПК-5 ПК-6	<p>7. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>1) Сахарный диабет I типа</p> <p>2) Приобретенные пороки сердца</p> <p>3) Гипертоническая болезнь</p> <p>4) Хронический аднексит</p> <p>5) Хронический гломерулонефрит</p>
ПК-5 ПК-6	<p>8. ОБ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЗМА, КАК ПРАВИЛО, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ</p> <p>1) лейкоцитоз за счет нейтрофилов</p> <p>2) резко положительная реакция на С-реактивный белок</p> <p>3) ДФА-проба</p> <p>4) лейкопения</p> <p>5) агранулоцитоз</p>
ПК-5 ПК-6	<p>9. ЧАЩЕ ВСЕГО НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ В СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>1) 8-12 недель</p> <p>2) 13-18 недель</p> <p>3) 19-24 недели</p> <p>4) 24-32 недели</p> <p>5) 32-38 недель</p>
ПК-5 ПК-6	<p>10. ТАХИКАРДИЯ, ОДЫШКА ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ЯВЛЕНИЯ ЗАСТОЯ В ЛЕГКИХ, ОТЕКИ, ИСЧЕЗАЮЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ СТАДИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</p> <p>1) I</p> <p>2) IIА</p> <p>3) IIБ</p> <p>4) III</p> <p>5) IV</p>
ПК-11	<p>11. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА С ПРИЗНАКАМИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ</p> <p>1) для прерывания беременности</p> <p>2) для сохранения беременности</p> <p>3) для пролонгирования беременности в зависимости от стадии процесса</p> <p>4) для прерывания беременности в зависимости от стадии процесса</p> <p>5) не влияет на течение беременности</p>
ПК-5 ПК-6	<p>12. БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ</p> <p>1) I стадии</p> <p>2) IIА стадии</p> <p>3) IIБ и III стадии</p> <p>4) IIА и IIБ стадии</p> <p>5) IV стадии</p>
ПК-5 ПК-6	<p>13. ХРОНИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО</p> <p>1) находятся в стойкой ремиссии</p> <p>2) обостряются</p> <p>3) влияние не выявлено</p> <p>4) наступает излечение</p> <p>5) протекают латентно</p>

ПК-5 ПК-6	<p>14. СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) любая форма заболевания 2) мелкоочаговая 3) ограниченная фиброзно-очаговая 4) фиброзно-кавернозная 5) очаговая
ПК-5 ПК-6	<p>15. ДЛЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уровень гликемии натощак больше 7.7 ммоль/л (140 мг%), но не превышает 12.21 ммоль/л (220 мг%) 2) уровень гликемии натощак больше 12.21 ммоль/л (220 мг%) 3) для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина или других сахаропонижающих препаратов 4) уровень гликемии менее 7,7 ммоль/л (140 мг%) 5) часто развиваются сосудистые осложнения (диабетическая ретинопатия, трофические язвы голеней)
ПК-5 ПК-6	<p>16. К ПОКАЗАТЕЛЯМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА СРЕДНЮЮ ТЯЖЕСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уровень гликемии натощак больше 7.7 ммоль/л (140 мг%), но не превышает 12.21 ммоль/л (220 мг%) 2) для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина 3) кетоз может быть устранен с помощью диеты 4) часто развиваются сосудистые осложнения (диабетическая ретинопатия, трофические язвы голеней) 5) умеренная глюкозурия
ПК-11	<p>17. К ПОКАЗАТЕЛЯМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О НАЛИЧИИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уровень гликемии натощак больше 12.21 ммоль/л (220 мг%) 2) для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина или других сахаропонижающих препаратов 3) нередко развивается артериальная гипертензия, ишемическая болезнь миокарда 4) кетоз может быть устранен с помощью диеты 5) высокий риск развития диабетической комы
ПК-5 ПК-6	<p>18. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выраженной стойкой гипертензии 2) полиурии 3) низкой удельной плотности мочи (1000-1007) 4) жажды 5) симптомы со стороны ЦНС (раздражительность, психическая заторможенность, атаксия, гипертермия и кома)
ПК-6	<p>19. К ГРУППЕ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ БЕРЕМЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с заболеванием почек в анамнезе 2) перенесшие в детстве скарлатину 3) с гипертензией неясной этиологии 4) с бессимптомной бактериурией 5) с сердечной недостаточностью
ПК-6	<p>20. СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ УКАЗЫВАЮТ НА ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, КРОМЕ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) альбуминурии 2) цилиндрурии 3) микрогематурии 4) олигурии 5) выраженной пиурии
ПК-9	<p>21. ЖЕНЩИНАМ, ПРИНИМАЮЩИМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМА КОРРЕКЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Отмена И-АПФ 2) Дополнительное назначение блокаторов рецепторов ангиотензина II 3) Отмена метилдопы 4) Увеличение дозы прямых ингибиторов ренина 5) Коррекция не требуется
ПК-9	<p>22. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 130/80 мм.рт.ст. и более 2) 140/90 мм.рт.ст. и более 3) 130/80 мм.рт.ст. и менее 4) Менее 140/90 мм.рт.ст. 5) Менее 110/70 мм.рт.ст.
ПК-9	<p>23. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ В ПЕРИОД ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИНЫ РАЗРЕШЕНЫ ПРЕПАРАТЫ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Метилдопа 2) Метопролол 3) Эналаприл 4) Бисопролол 5) Нифедипин
ПК-9	<p>24. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРОВ В ПРЕГРАВИДАРНЫЙ ПЕРИОД ПРОТИВОПОКАЗАНО ВСЕ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Клизмы 2) Вазелиновое и касторовое масло 3) Трава крушины 4) Листья сенны, ревеня 5) Глицериновые свечи, микроклизмы
ПК-9	<p>25. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВОДЯТ РЕАБИЛИТАЦИЮ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для сохранения детородной функции; 2) для предупреждения возможных осложнений операций; 3) для снятия болей или ограничений в подвижности; 4) для ускорения выздоровления и психологического восстановления; 5) для возвращения пациента к активной здоровой жизни
ПК-9	<p>26. ВСЕМ ЖЕНЩИНАМ В ПРЕГРАВИДАРНОМ ПЕРИОДЕ НЕОБХОДИМО ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) β-блокаторов 2) фолиевой кислоты 3) препаратов йода 4) И- АПФ 5) Препаратов железа
ПК-9	<p>27. ПЛАНОВАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в дни менструации;

	<p>2) в первую неделю после прекращения менструации; 3) в дни ожидаемой менструации; 4) накануне менструации; 5) выбор дня менструального цикла не имеет значения</p>
ПК-14	<p>28. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>1) электрофореза лекарственных средств; 2) ультразвуковой терапии; 3) гормональной терапии; 4) озонотерапии; 5) дегидратационной терапии</p>
ПК-14	<p>29. В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ НАПРАВЛЕНА НА ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>1) уменьшения структурных изменений в малом тазу; 2) уменьшения сопутствующих эндокринных изменений; 3) снижения болевых ощущений; 4) снижения гормонального фонда; 5) снижение воспалительных осложнений</p>
ПК-5	<p>30. ОСЛОЖНЕНИЕМ, ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ВВЕДЕНИИ ВМС ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) истмико-цервикальная недостаточность; 2) внематочная беременность; 3) привычный выкидыш; 4) острая инфекция; 5) тромбоз вен таза</p>
ПК-9	<p>31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?</p> <p>1) нагноение шва; 2) перитонит; 3) послеоперационная грыжа; 4) послеоперационные свищи; 5) спаечные процессы</p>
ПК-14	<p>32. К ЧЕМУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ НЕАДЕКВАТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?</p> <p>1) бесплодию; 2) дисбактериозу; 3) иммуносупрессии продукции ЭААТ; 4) нарушение микроциркуляции; 5) к нежелательной беременности</p>
ПК-9	<p>33. В ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:</p> <p>1) Диане-35 2) Логест 3) Дюфастон 4) Регулон 5) Постинор</p>
ПК-8, ПК-11	<p>34. ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ:</p> <p>1) перекрута ножки опухоли яичника; 2) рождение подслизистого миоматозного узла; 3) атипической гиперплазии эндометрия;</p>

	<p>4) острого гнойного воспаления придатков матки;</p> <p>5) внематочной беременности нарушенной по типу трубного аборта.</p>
ПК-9	<p>35. В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДГОТОВКЕ К ПОЛОСТНЫМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ, КАК ПРАВИЛО, ВХОДИТ НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>1) сифонных клизм за 3-4 дня до операции, на ночь, ежедневно; 24</p> <p>2) растительного масла по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой за 10 дней до операции;</p> <p>3) очистительной клизмы накануне операции, на ночь;</p> <p>4) всего перечисленного.</p>
ПК-5 ПК-6	<p>36. МЕСТО ВЫРАБОТКИ ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ:</p> <p>1) надпочечники;</p> <p>2) гипоталамус;</p> <p>3) передняя доля гипофиза;</p> <p>4) яичники;</p> <p>5) задняя доля гипофиза</p>
ПК-9	<p>37. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОТНОСИТЬСЯ К СТИМУЛЯТОРАМ ОВУЛЯЦИИ:</p> <p>1) дексаметазон;</p> <p>2) кломифен;</p> <p>3) оргаметрил;</p> <p>4) логест;</p> <p>5) регулон</p>
ПК-9	<p>38. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ТРУБНОМ АБОРТЕ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ:</p> <p>1) наблюдение на фоне антибактериальной терапии;</p> <p>2) лапаротомию после развития клиники внутрибрюшного кровотечения;</p> <p>3) назначение препаратов, усиливающих свертываемость крови;</p> <p>4) немедленную лапаротомию и удаление трубы;</p> <p>5) проведение гормонального гемостаза</p>
ПК-6	<p>39. КАКОЙ ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧИТЕЛЬНЕЕ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?</p> <p>1) Оргаметрил;</p> <p>2) Тризистон;</p> <p>3) Новинет;</p> <p>4) Кломифен;</p> <p>5) Логест</p>
ПК-5	<p>40. КАКИЕ АНАЛИЗЫ НЕОБХОДИМО СДАТЬ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ГОРМОНОТЕРАПИИ?</p> <p>1) ОАК;</p> <p>2) биохимический анализ крови;</p> <p>3) исследование гормонального статуса;</p> <p>4) ИФА</p> <p>5) анализ на Ат-ТПО</p>
ПК-5	<p>41. В КАКИЕ ДНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НЕОБХОДИМО СДАВАТЬ АНАЛИЗ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА?</p> <p>1) 3-4;</p> <p>2) 14-17;</p> <p>3) 22-24;</p> <p>4) 7-9;</p> <p>5) 10-14</p>
ПК-9	<p>42. ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ХОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО</p>

	<p>ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) видом операции; 2) величиной опухоли 3) локализацией опухоли; 4) особенностью кровоснабжения анатомических областей, в пределах которых производится вмешательство; 5) временем суток проведения операции
ПК-5 ПК-6	<p>43. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) опухоль яичников; 2) опухоль маточных труб; 3) миома матки; 4) полип шей матки; 5) фибромиома влагалища
ПК-9	<p>44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КИСТ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) марсупиализация; 2) пункционный метод; 3) вылушивание кист; 4) гормональная терапия; 5) лечения не требует
ПК-9	<p>45. РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ В ГИНЕКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) надвлагалищная ампутация матки 2) вульвэктомия; 3) удаление больших подбрюшинных узлов миомы матки 4) удаление кисты яичников; 5) ампутация шейки матки
ПК-14	<p>46. МЕТОДОМ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гирудотерапия; 2) озонотерапия; 3) поликвантовая терапия; 4) бальнеотерапия; 5) электрофорез с атропином
ПК- 6	<p>47. ВЕНТРОФИКСАЦИЯ МАТКИ СПОСОБСТВУЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) исправлению положения матки; 2) восстановлению нормальной формы влагалища; 3) восстановлению нормальной величины влагалища; 4) укреплению тазового дна; 5) облегчению состояния больной
ПК-6	<p>48. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПЕРИОД МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ «ЭРОЗИИ» ШЕЙКИ МАТКИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в дни менструации; 2) сразу после менструации; 3) в период овуляции; 4) за 2-3 дня до менструации; 5) на 22-24 день менструального цикла
ПК-11	<p>49. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ 26 ЛЕТ ПРОИЗВЕДЕНА ПЕРФОРАЦИЯ</p>

	<p>МАТКИ. ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОТОМИИ ОБНАРУЖЕНО: ПЕРФОРАЦИЯ ПРОИЗОШЛА В ОБЛАСТИ ПЕРЕШЕЙКА МАТКИ СПРАВА, ЗДЕСЬ ЖЕ ИМЕЕТСЯ ГЕМАТОМА МЕЖДУ ЛИСТКАМИ ШИРОКОЙ СВЯЗКИ, ЗА МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ, ДОХОДЯЩАЯ ДО СТенок ТАЗА. СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ушивание перфорационного отверстия 2) надвлагалищную ампутацию матки без придатков 3) экстирпацию матки с придатками 4) экстирпацию матки с трубами 5) наложить гемостатическую губку
ПК-9	<p>50. НА КАКОЙ ДЕНЬ ВЫПИСЫВАЮТ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 8-12; 2) 3-4; 3) 5; 4) на 2 день; 5) на 6-7 день
ПК-4, ПК-15	<p>51. ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) (число женщин, умерших в родах) / (число родов) × 100 000; 2) (число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель) / (число родившихся живыми и мертвыми) × 100 000; 3) (число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) / (число родившихся живыми) × 100 000; 4) (число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) / (число родившихся живыми и мертвыми) × 100 000.
ПК- 15	<p>52. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) число женщин на участке; 2) абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года; 3) число осложнений после абортaв; 4) число абортов на 1000 женщин фертильного возраста; 5) число самопроизвольных выкидышей на 1000 женщин фертильного возраста.
ПК-4, ПК-15	<p>53. ПОНЯТИЕ ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ОЗНАЧАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) потеря плода «вокруг родов» – в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде; 2) мертворождаемость; 3) антенатальная гибель плода; 4) смерть ребенка в первые 7 дней жизни.
ПК-4, ПК-15	<p>54. ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) (число мертворожденных) / (число родов) × 1000; 2) (число умерших интранатально) / (число родившихся мертвыми) × 1000; 3) (число мертворожденных + число умерших в первые 168 ч после рождения) / (число родившихся живыми и мертвыми) × 1000; 4) (число умерших в первые 7 суток после рождения) / (число родов) × 1000; 5) (число мертворожденных + число умерших в первые 168 ч после рождения) / (число родившихся живыми) × 1000.
ПК-4, ПК-15	<p>55. НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС В СТРУКТУРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ, КАК ПРАВИЛО, ИМЕЕТ:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) антенатальная смертность; 2) интранатальная смертность; 3) ранняя неонатальная смертность; 4) постнеонатальная смертность.
ПК-5 ПК-6	<p>56. ТЕРМИН «ПЕРВИЧНОЕ БЕСПЛОДИЕ» ОЗНАЧАЕТ, ЧТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) беременность не наступает при регулярной половой жизни без применения средств контрацепции 2) наличие факторов инфертильности у обоих партнеров 3) отсутствие или аномалии развития внутренних половых органов 4) отсутствие беременности в течение года регулярной половой жизни после наступавших ранее беременностей
ПК-4, ПК-15	<p>57. ДАЙТЕ ПОНЯТИЕ ИНДЕКСУ ПЕРЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Показатель, отражающий безопасность использования определенного вида контрацепции; 2) Частота наступления беременности у 1000 женщин в течение 1 года использования определенного вида контрацепции; 3) Частота наступления беременности у 100 женщин в течение 1 года использования определенного вида контрацепции; 4) Отношение между % связывания прогестагенов с прогестероновыми рецепторами и уровнем их связывания с рецепторами андрогенов.
ПК-14	<p>58. ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) по истечении 3 мес после самопроизвольного выкидыша; 2) по истечении 1 мес; 3) сразу после самопроизвольного выкидыша; 4) при планировании следующей беременности.
ПК-15	<p>59. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ И КОНСУЛЬТАЦИИ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прогноза потомства 2) обследования группы риска по данному заболеванию 3) лечения 4) изучения эпидемиологии данного заболевания
ПК-5 ПК-6	<p>60. МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ – ЭТО ПРИЧИНА БЕСПЛОДНЫХ БРАКОВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в 20-30% случаев 2) в 30-40% случаев 3) в 40-60% случаев 4) в 75-80% случаев
ПК-5 ПК-6	<p>61. БРАК СЧИТАЕТСЯ БЕСПЛОДНЫМ, ЕСЛИ ПРИ НАЛИЧИИ РЕГУЛЯРНОЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПТИВОВ БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ НАСТУПАЕТ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 0.5 года 2) 1 года 3) 2.5 лет 4) 5 лет
ПК-5 ПК-6	<p>62. ПОСЛЕ ОВУЛЯЦИИ ЯЙЦЕКЛЕТКА СОХРАНЯЕТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 6 часов; 2) 12-24 часа; 3) 3-5 суток; 4) 10 суток.
ПК-5	<p>63. МАТОЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ:</p>

ПК-6	<ol style="list-style-type: none"> 1) аорты; 2) общей подвздошной артерии; 3) наружной подвздошной артерии; 4) внутренней подвздошной артерии.
ПК-5 ПК-6	<p>64. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 28-30 дней; 2) 28-40 дней; 3) 3-7 дней; 4) 21-35 дней.
ПК-5 ПК-6	<p>65. БРЮШИНА МАЛОГО ТАЗА ПОКРЫВАЕТ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тела матки; 2) яичников; 3) дна мочевого пузыря; 4) крестцово-маточных связок.
ПК-5 ПК-6	<p>66. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЭСТРАДИОЛА В РАННЕЙ СТАДИИ ПРОЛИФЕРАЦИИ ПРОИСХОДИТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 5–7 день; 2) 8–10 день; 3) 11–14 день; 4) 15–18 день.
ПК-5 ПК-6	<p>67. ХГЧ НАЧИНАЕТ ВЫДЕЛЯТЬСЯ С МОЧОЙ ПОСЛЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) через 8 дней; 2) через 10–14 дней; 3) через 1 месяц; 4) через 2 месяца.
ПК-5 ПК-6	<p>68. ДЕСКВАМАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СЛОЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) "пикового" выброса лютеотропина; 2) снижения уровня эстрогенов и прогестерона в крови; 3) снижения уровня пролактина в крови; 4) повышения уровня эстрадиола в крови.
ПК-5 ПК-6	<p>69. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДВУХФАЗНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. правильный ритм менструации; 2. время наступления первой менструации; 3. особенность становления менструальной функции в период полового созревания; 4. овуляция.
ПК-5 ПК-6	<p>70. СИНТЕЗ ГОНАДОЛИБЕРИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) передней доле гипофиза; 2) задней доле гипофиза; 3) ядрах гипоталамуса; 4) нейронах коры большого мозга.
ПК-5 ПК-6	<p>71. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ЯИЧНИКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) маточной артерией; 2) яичниковой артерией; 3) внутренней половой и яичниковой артериями; 4) маточной и яичниковой артериями.
ПК-5 ПК-6	<p>72. ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СООТНОШЕНИЕ ГОРМОНОВ:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) ФСГ; 2) ЛГ, ЛТГ; 3) прогестерона, эстрогенов; 4) тиреотропного, аденокортикотропного гормонов.
ПК-8	<p>73. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выскабливание стенок полости матки; 2) симптоматическое лечение; 3) надвлагалищная ампутация матки; 4) гормональный гемостаз.
ПК-5 ПК-6	<p>74. МЕНОРРАГИЯ ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кровотечение, в середине менструального цикла; 2. кровотечение, совпадающее с днями менструации; 3. кровотечение, не совпадающее с днями менструации; 4. кровотечение свыше 10 дней
ПК-5 ПК-6	<p>75. ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ПРОБА С ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕНАМИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) о гипоталамической аменорее; 2) о маточной аменорее; 3) гипофизарной аменорее; 4) яичниковой аменорее.
ПК-5 ПК-6	<p>76. КАКИЕ КЛЕТКИ СИНТЕЗИРУЮТ ПРОГЕСТЕРОН:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Клетки Лейдига; 2) Клетки ядер гипоталамуса; 3) Клетки желтого тела; 4) Гонадотропные клетки аденогипофиза.
ПК-5 ПК-6	<p>77. СРЕДНЯЯ КРОВОПОТЕРЯ ВО ВРЕМЯ НОРМАЛЬНОЙ МЕНСТРУАЦИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 200—250 мл 2) 100—150 мл 3) 20 — 30 мл 4) 40-60 мл
ПК-5 ПК-6	<p>78. ИННЕРВАЦИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подчревными и пудендальными нервами 2) тазовыми и подчревными нервами 3) тазовыми нервами 4) пудендальными и запирательными нервами
ПК-5 ПК-6	<p>79. К ПРИЧИНАМ ИСТИННОЙ (ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ) АМЕНОРЕИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гипотиреоз 2) нейрогенная анорексия 3) атрезия девственной плевы 4) микро- и макроаденома гипофиза
ПК-5 ПК-6	<p>80. ОЛИГОДИСМЕНОРЕЯ — ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. редкие и скудные менструации 2. редкие и болезненные менструации 3. уменьшение кровопотери во время менструации 4. межменструальные скудные кровянистые выделения
ПК-4 ПК-6	<p>81. ЛОЖНАЯ АМЕНОРЕЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) атрезией канала шейки матки 2) аплазией тела матки 3) дисгенезией гонад

	4) гипотиреозом
ПК-5 ПК-6	82. ВЛАГАЛИЩНАЯ ЧАСТЬ ШЕЙКИ МАТКИ В НОРМЕ ПОКРЫТА: 1) цилиндрическим эпителием 2) железистым эпителием 3) многослойным плоским неороговевающим эпителием 4) многослойным плоским ороговевающим эпителием
ПК-5 ПК-6	83. ЦИКЛИЧЕСКАЯ СЕКРЕЦИЯ ЛЮТЕОТРОПИНА И ФОЛЛИТРОПИНА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ: 1) выбросом гонадотропин-релизинг-гормона один раз в 60—90 мин 2) механизмом отрицательной и положительной обратной связи со стероидогенезом в яичниках 3) периодическим увеличением содержания простагландинов в фолликулярной жидкости 4) периодическим выбросом нейротрансмиттеров
ПК-5 ПК-6	84. СОСТАВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ СТРОМЫ ЯИЧНИКОВ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) примордиальные фолликулы 2) зрелый фолликул 3) фиброзные тела 4) нервные клетки
ПК-5 ПК-6	85. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРНО: 1) циклические изменения в организме 2) длительная персистенция фолликула 3) преобладание гестагенов в первую фазу цикла 4) недостаточность эстрогена
ПК-5 ПК-6	86. «ПИК» ЛЮТЕОТРОПИНА В СЕРЕДИНЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ: 1) значительного повышения уровня пролактина в крови 2) уменьшения выработки фоллитропина 3) снижения уровня эстрогенов и прогестерона 4) значительного повышения уровня эстрадиола
ПК-5 ПК-6	87. ПРОЙОМНОРЕЯ – ЭТО: 1) скудные менструации; 2) короткие менструации (1-2 дня); 3) короткий менструальный цикл, частые менструации; 4) отсутствие менструации.
ПК-5 ПК-6	88. ОПСОМНОРЕЯ – ЭТО: 1) скудные менструации; 2) короткие менструации; 3) отсутствие менструации; 4) редкие менструации.
ПК-5 ПК-6	89. ГИПОМНОРЕЯ – ЭТО: 1) скудные менструации; 2) короткие менструации; 3) отсутствие менструации; 4) редкие менструации.
ПК-5 ПК-6	90. МЕТРОРРАГИЯ – ЭТО: 1) дисфункциональное маточное кровотечение; 2) менструация; 3) кровотечение, связанное с менструальным циклом; 4) ациклическое кровотечение, не связанное с менструальным циклом.
ПК-5 ПК-6	91. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОГЕСТЕРОНОВАЯ ПРОБА ПРИ АМНОРЕЕ (ПОЯВЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ПРЕПАРАТА

	<p>МЕНСТРУАЛЬНОПОДОБНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) о наличии атрофии эндометрия; 2) о достаточной эстрогенной насыщенности организма; 3) о гиперандрогении; 4) о гипоестрогении.
ПК-5 ПК-6	<p>92. ТЕСТ ИЗМЕРЕНИЯ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ОСНОВАН НА ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ ЭФФЕКТЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эстрадиола; 2) простагландинов; 3) прогестерона; 4) ЛГ.
ПК-5 ПК-6	<p>93. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ВЫСКАБЛИВАНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ НА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 5-7-й день цикла; 2) 25-27-й день цикла; 3) 21-23-й день цикла; 4) 12-14-й день цикла.
ПК-5 ПК-6	<p>94. ВЕРОЯТНЫЙ ПРИЗНАК БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изменение вкуса и обоняния; 2) пальпация частей плода; 3) выслушивание сердцебиения плода; 4) признак Пискачeka.
ПК-5 ПК-6	<p>95. УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ БОЛЬШОГО ТАЗА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 22-25-29-18см; 2) 25-28-31-20 см; 3) 27-27-32-18 см; 4) 23-25-28-17 см.
ПК-5 ПК-6	<p>96. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ И ПРЕИНВАЗИВНОГО РАКА ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) биопсия с последующим гистологическим исследованием; 2) вульвоскопия; 3) радиоизотопное исследование; 4) флюоресцентная микроскопия вульвы.
ПК-5 ПК-6	<p>97. ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИЙ ТЕСТ С МОЧОЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОВУЛЯЦИИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эстрогенов; 2) прогестерона; 3) плацентарного лактогена; 4) лютеинизирующего гормона.
ПК-5 ПК-6	<p>98. ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК "СНЕЖНОЙ БУРИ" ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неразвивающейся беременности; 2) анэмбрионии; 3) пузырного заноса; 4) ретрохориальной гематомы больших размеров.
ПК-5 ПК-6	<p>99. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ ВНУТРЕННЕМЭНДОМЕТРИОЗЕ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дефект заполнения с гладкими контурами; 2) законтурные тени; 3) деформация полости матки;

	4) уменьшение полости матки в размерах.
ПК-5	100. ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ПРОБУ С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ ПРОВОДЯТ ДЛЯ: 1) выявления гиперэстрогении; 2) диагностики ановуляции; 3) уточнения генеза гиперандрогении; 4) диагностики типичной формы дисгенезии гонад.
ПК-5	101. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ: 1) кимографическая пертубация; 2) трансвагинальная эхография; 3) лапароскопия с хромосальпингоскопией; 4) биконтрастная пельвиография.
ПК-5 ПК-6	102. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕИЗМЕНЕННЫЕ МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ ПАЛЬПИРУЮТСЯ В ВИДЕ: 1) тяжей; 2) шнуров; 3) колбасовидных образований; 4) не пальпируются.
ПК-5 ПК-6	103. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГСГ ЗАКОНТУРНЫЕ ТЕНИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: 1) полипоз эндометрия; 2) подслизистая миома матки; 3) интерстициальная миома матки; 4) внутренний эндометриоз.
ПК-5 ПК-6	104. МЕТОД, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПРОХОДИМОСТЬ МАТОЧНЫХ ТРУБ: 1) кольпоскопия; 2) кульдоскопия; 3) ультразвуковое исследование; 4) сальпингография.
ПК-5 ПК-6	105. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА СЧИТАЮТ: 1) МРТ; 2) гистероскопию; 3) УЗИ; 4) лапароскопию с последующим гистологическим исследованием.
ПК-5 ПК-6	106. ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕСПЛОДНОЙ ПАРЫ НАЧИНАЮТ: 1) с женщины; 2) с мужчины; 3) все равно; 4) с мужчины, если женское бесплодие исключено.
ПК-5 ПК-6	107. ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН БЕСПЛОДИЯ ДОЛЖНА ПРОДОЛЖАТЬСЯ НЕ БОЛЕЕ: 1) 2 мес; 2) 3 мес; 3) 6 мес; 4) 12 мес.
ПК-5 ПК-6	108. ПАЛЬПАЦИЮ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛАТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ: 1) за 3-4 дня до предполагаемой менструации; 2) в период предполагаемой менструации; 3) на 21 день цикла (расцвет желтого тела); 4) на 7-10 день от начала менструации.

ПК-5	109. ПОКАЗАНИЕМ К РЕНТГЕНОМММОГРАФИИ ОТНОСЯТ: 1) возраст старше 30 лет; 2) возраст старше 35 лет; 3) возраст старше 40 лет; 4) прием микродозированных оральных контрацептивов дольше 3 лет.
ПК-5 ПК-6	110. У ПРАВИЛЬНО СЛОЖЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОЯСНИЧНЫЙ РОМБ ИМЕЕТ ФОРМУ: 1) геометрически правильного ромба; 2) треугольника; 3) неправильного четырехугольника; 4) четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении.
ПК-5 ПК-6	111. ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОВАЯ ПРОБА (НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ЭКСКРЕЦИИ 17-ОКС И 17-КС) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ: 1) опухоли коркового слоя надпочечников; 2) адено-генитального синдрома (АГС); 3) нейро-обменноэндокринного синдрома; 4) синдрома склерокистозных яичников.
ПК-9	112. ПОКАЗАНИЯМИ К ГИСТЕРОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: 1) дисфункциональных маточных кровотечений; 2) кровотечения в постменопаузе; 3) подозрения на внематочную беременность; 4) бесплодия.
ПК-5 ПК-6	113. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ: 1) альгодисменорея; 2) менометроррагия; 3) пред- и постменструальные кровянистые выделения; 4) бесплодие.
ПК-5 ПК-6	114. К ТЕСТАМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ, НЕ ОТНОСЯТСЯ: 1) кариопикнотический индекс; 2) базальная термометрия; 3) симптом растяжения шеечной слизи; 4) РАР-тест.
ПК-5 ПК-6	115. ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО: 1) тазовая боль; 2) слизисто-гнойные бели; 3) контактные кровотечения; 4) ациклические маточные кровотечения.

**Паспорт тестового материала по инфекционным болезням в составе
Практика общеврачебного профиля**

№	Наименование пункта	Значение
1.	Факультет	Лечебный
2.	Кафедра	Инфекционные болезни с курсом ИДПО
3.	Автор-разработчик	Проф. Валишин Д.А., Доц. Бурганова А.Н., Асс. Ахтарова Л.Р.
4.	Наименование практики	Инфекционные болезни в составе Практика общеврачебного профиля
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	720 час / 20 ЗЕ
6.	Наименование папки	Фонд оценочных материалов
7.	Вид контроля	Тестовые задания
8.	Для специальностей	Лечебное дело 31.05.01
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	50
10.	Количество заданий при тестировании студента	50
11.	Из них правильных ответов должно быть (%):	не менее 71%
12.	Для оценки «отл» не менее	91%
13.	Для оценки «хор» не менее	81%
14.	Для оценки «удовл» не менее	71%
15.	Время тестирования (в минутах)	50

Оценочные материалы к I этапу

Оценка компетенций ПК-1 (ПК-1.1., ПК-1.2., ПК-1.3., ПК-1.4., ПК-1.5., ПК-1.6., ПК-1.7.), ПК-3 (ПК-3.1., ПК-3.2., ПК-3.3., ПК-3.4., ПК-3.5.), 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-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-15 (ПК-15.1., ПК-15.2., ПК-15.3., ПК-15.4., ПК-15.5.)

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-15	1. В СТРУКТУРЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ: 1) наличие в приемном покое боксовых палат 2) наличие терапевтических отделений 3) родблок 4) операционный блок
ПК-3	2. ОСНОВНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ В ОЧАГЕ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ: 1) лечение противовирусными препаратами 2) госпитализация лиц декретированной группы 3) изоляция всех контактных лиц 4) наложение карантина
ПК-5, ПК-6	3. ДЛЯ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНЫ: 1) обильный водянистый хлопьевидный стул 2) схваткообразные боли в эпигастрии 3) выраженная интоксикация 4) тошнота
ПК-3	4. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ВЗРЫВНОЙ ХАРАКТЕР РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХОЛЕРЫ ОБУСЛОВЛЕНО: 1) массивным выделением вибрионов с первых часов заболевания 2) повсеместным распространением вибрионов на планете 3) отсутствием контагиозности вибрионов 4) высокой устойчивостью вибрионов
ПК-3	5. ЗАРАЖЕНИЕ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А ВОЗМОЖНО ПРИ: 1) оперативных вмешательствах 2) купании в открытом водоеме 3) половым путем 4) переливаниях крови
ПК-5	6. ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЗАРАЖЕНИЕ ПРОИСХОДИТ: 1) воздушно-капельным путем 2) воздушно-пылевым путем 3) алиментарным путем 5) контактным путем
ПК-8	7. ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ РОЖЕ ПОДЛЕЖАТ: 1) молодые люди 2) пациенты с рецидивирующей рожей 3) больные с лихорадкой 4) больные с варикозной болезнью
ПК-5, ПК-6	8. ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ: 1) рецидивирующей рожей 2) необъяснимой потери массы тела

	<p>3) при устройстве на любую работу</p> <p>4) при самопроизвольных абортах</p>
ПК-3	<p>9. ЗАРАЖЕНИЕ СЫПНЫМ ТИФОМ ПРОИСХОДИТ:</p> <p>1) при втирании в кожу фекалий зараженных вшей</p> <p>2) при укусах кровососущих насекомых</p> <p>3) при укусах инфицированных вшей</p> <p>4) парентеральным путем</p>
ПК-3	<p>10. К ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ОЧАГЕ СЫПНОГО ТИФА ОТНОСЯТ:</p> <p>1) наблюдение в диспансерном кабинете</p> <p>2) госпитализацию всех контактных в боксы</p> <p>3) ежедневную термометрию контактных лиц</p> <p>4) лечение противовирусными препаратами</p>
ПК-5	<p>11. ТРОПИЧЕСКУЮ МАЛЯРИЮ ВЫЗЫВАЕТ:</p> <p>1) <i>Pl. vivax</i></p> <p>2) <i>Pl. ovale</i></p> <p>3) <i>Pl. malaria</i></p> <p>4) <i>Pl. falciparum</i></p>
ПК-5	<p>12. МАЛЯРИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ ПУТЕМ:</p> <p>1) воздушно-капельным</p> <p>2) половым</p> <p>3) трансмиссивным</p> <p>4) энтеральным</p>
ПК-5	<p>13. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ МОГУТ БЫТЬ:</p> <p>1) <i>Staphylococcus aureus</i></p> <p>2) <i>Clostridium tetani</i></p> <p>3) <i>Clostridium botulinum</i></p> <p>4) <i>Clostridium difficile</i></p>
ПК-5, ПК-6	<p>14. ЗАРАЖЕНИЕ <i>CL. BOTULINUM</i> ВОЗМОЖНО ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ:</p> <p>1) свежих фруктов</p> <p>2) консервированных грибов</p> <p>3) молочных продуктов</p> <p>4) свежих овощей</p>
ПК-8	<p>15. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА БОТУЛИЗМ НЕОБХОДИМО:</p> <p>1) ввести противоботулиническую антитоксическую сыворотку</p> <p>2) наблюдать в поликлинике</p> <p>3) назначить оральную регидратацию</p> <p>4) назначить ферментные препараты</p>
ПК-5	<p>16. НАИБОЛЬШЕЙ ПАТОГЕННОСТЬЮ ПРИ ЗАРАЖЕНИИ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ОБЛАДАЮТ:</p> <p>1) <i>B. suis</i></p> <p>2) <i>B. melitensis</i></p> <p>3) <i>B. abortus</i></p> <p>4) <i>B. canis</i></p>
ПК-5	<p>17. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧУМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) <i>Yersinia pseudotuberculosis</i></p> <p>2) <i>Yersinia pestis</i></p> <p>3) <i>Francisella tularensis</i></p> <p>4) <i>Bacillus anthracis</i></p>
ПК-5	<p>18. ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧУМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) собаки</p> <p>2) кошки</p>

	<p>3) свиньи 4) грызуны</p>
ПК-5	<p>19. ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЛПС ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ: 1) Пикорнавирусов 2) Флавивирусов 3) Герпесвирусов 4) Буньявирусов</p>
ПК-5	<p>20. ВЕДУЩИЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЛПС: 1) фекально-оральный 2) аспирационный 3) трансмиссивный 4) парентеральный</p>
ПК-3	<p>21. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЛПС ДЛИТСЯ: 1) до 6 месяцев 2) 24 часа 3) 1-6 недель 4) до 7 дней</p>
ПК-5	<p>22. ЗАРАЖЕНИЕ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗОМ ВОЗМОЖНО ПРИ: 1) употреблении недоброкачественной воды 2) контакте с больным животным 3) пользовании кондиционером 4) пользование бытовыми предметами</p>
ПК-5	<p>23. К ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПАРАЗИТОВ ТОКСОПЛАЗМОЗА ОТНОСЯТ: 1) воздушно-капельный 2) пищевой 3) воздушно-пылевой 4) половой</p>
ПК-5	<p>24. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ЖИВОТНЫЕ И ЧЕЛОВЕК... 1) антропонозное 2) зоонозное 3) зооантропонозное 4) сапронозное</p>
ПК-8	<p>25. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПЕРВОЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА... 1) своевременное выявление инфекционных больных 2) обеспечение населения доброкачественной питьевой водой 3) медицинское наблюдение за контактными 4) употребление доброкачественных пищевых продуктов</p>
ПК-1	<p>26. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАРАЖЕНИЯ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ ИСПОЛЬЗУЮТ: 1) противочумный костюм 2) ограничение выезда в лес 3) применение репеллентов 4) диспансерное наблюдение в очаге</p>
ПК-5	<p>27. ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ: 1) антропозоонозов 2) антропонозов 3) зоонозов 4) сапронозов</p>

ПК-5	28. ХАРАКТЕРНЫЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ: 1) воздушно-капельный путь 2) половой путь 3) водный путь 4) через укусы насекомых
ПК-5	29. ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) больные 2) попугаи 3) кошки 4) собаки
ПК-5	30. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ПАРАЗИТОВ ПРИ АМЕБИАЗЕ: 1) аэрозольный 2) фекально-оральный 3) трансмиссивный 4) половой
ПК-5 ПК-6	31. ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ОТНОСЯТ: 1) появление мононуклеаров 2) эозинофилия 3) снижение СОЭ 4) лейкопения
ПК-5 ПК-6	32. ИНФОРМАТИВНЫЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ В ПРЕДЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А: 1) повышение глюкозы 2) гиперферментемия АЛТ, АСТ 3) понижение тимоловой пробы 4) снижение уровня глобулина
ПК-5 ПК-6	33. ВОЗБУДИТЕЛЬ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ: 1) пикорновирусы 2) флавивирусы 3) ортомиксовирусы 4) ретровирусы
ПК-5 ПК-6	34. ЗАРАЖЕНИЕ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОИСХОДИТ: 1) воздушно-капельным путем 2) воздушно-пылевым путем 3) алиментарным путем 4) вертикальным путем
ПК-5 ПК-6	35. ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ЛИКВОРЕ ОБНАРУЖИВАЮТ: 1) нейтрофильный плеоцитоз 2) лимфоцитарный плеоцитоз 3) повышение уровня глюкозы 4) появление крови в ликворе
ПК-5 ПК-6	36. ДЛЯ АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ГРИППЕ ХАРАКТЕРНО: 1) лейкоцитоз 2) лейкопения 3) анизатоцитоз 4) нейтрофилез

ПК-5 ПК-6	37. КАРТИНА КРОВИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ МЕНЯЕТСЯ В СТОРОНУ: 1) лейкоцитоза 2) лейкопении 3) лимфоцитоза 4) тромбоцитоза
ПК-5 ПК-6	38. ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ОБЛАДАЕТ ТРОПНОСТЬЮ К: 1) Т-супрессорам 2) Т-киллерам 3) НК-клеткам 4) Т-хелперам
ПК-5 ПК-6	39. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ: 1) иммуноблотинг 2) РПГА 3) ПЦР 4) РСК
ПК-5 ПК-6	40. ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ ПРИ: 1) ротавирусной инфекции 2) инфекционном мононуклеозе 3) менингококковой инфекции 4) ГЛПС
ПК-5 ПК-6	41. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ОСТРОЙ ФОРМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЮТСЯ: 1) анти-НВС _{or} Ig M 2) анти-НВС _{or} IgG 3) анти- НВS _{Ag} 4) анти НCV Ig M
ПК-5 ПК-6	42. ДЛЯ ОСТРОГО МИКСТ-ГЕПАТИТА В+D ХАРАКТЕРНЫ: 1) обнаружение НВs-Ag, антиНВс _{or} IgM, антиHDV 2) НВs-Ag не обнаруживаются, анти НCVIgG 3) обнаружение в крови анти HAV Ig M 4) обнаружение в крови анти НCV Ig M
ПК-5 ПК-6	43. ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО: 1) преимущественно алиментарный путь заражения 2) преобладание острой инфекции 3) чаще фульминантное течение болезни 4) хроническое течение заболевания
ПК-5 ПК-6	44. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЫПНОГО ТИФА ИСПОЛЬЗУЮТ: 1) РСК с растворимым антигеном 2) бактериологический посев крови 3) Бактериологический посев кала 4) Иммуноблотинг
ПК-5 ПК-6	45. ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Rickettsia typhi 2) Rickettsia prowazekii 3) Coxiella burnetii 4) Ehrlichia sennetsu
ПК-5 ПК-6	46. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРУЦЕЛЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕСТЫ: 1) РСК с растворимым антигеном 2) реакция нейтрализации 3) реакция Видала

	4) ИФА ,реакция Райта
ПК-5 ПК-6	47.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛИХОРАДОЧНОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЛПС СОСТАВЛЯЕТ: 1) 1-2 дня 2) до 7 дней 3) 14 дней 4) 21 день
ПК-5 ПК-6	48.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ: 1) микроскопический 2) вирусологический 3) серологический 4) бактериологический
ПК-15	49.НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛПС РЕГИСТРИРУЮТСЯ В: 1) Уфимском районе, пригороде г. Уфы 2) В Московской области 3) В Челябинской области 4) В Татарстане
ПК-9	50.ПОКАЗАНИЯ НА ГЕМОДИАЛИЗ ПРИ ГЛПС: 1) уровень креатинина более 700 мкмоль/л 2) уровень мочевины более 17 ммоль/л 3) гипокалиемия 3 ммоль/л 4) гипернатриемия 167 ммоль/л

№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ
1	1	16	2	31	4	46	4
2	2	17	4	32	2	47	2
3	1	18	4	33	1	48	3
4	1	19	2	34	1	49	1
5	2	20	2	35	1	50	1
6	3	21	3	36	2		
7	2	22	3	37	2		
8	2	23	2	38	4		
9	1	24	3	39	1		
10	3	25	1	40	2		
11	4	26	3	41	1		
12	3	27	4	42	1		
13	1	28	3	43	4		
14	2	29	3	44	1		
15	1	30	2	45	2		

**Паспорт тестового материала по вопросам эндокринологии в составе
Практика общеврачебного профиля**

№	Наименование пункта	Значение
1	Факультет	Лечебный
2	Кафедра	Эндокринологии
3	Авторы-разработчики	Проф. Т.В. Моругова, Доц. Д.Ш. Авзалетдинова
4	Наименование практики	Вопросы эндокринологии в составе Практика общеврачебного профиля
5	Общая трудоемкость по учебному плану	720 час / 20 ЗЕ
6	Наименование папки	Фонд оценочных материалов
7	Вид контроля	Тестовые задания
8	Для специальности	31.05.01 Лечебное дело
9	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	50
10	Количество заданий при тестировании студента	50
11	Из них правильных ответов должно быть (%):	
12	Для оценки «отл» не менее	91%
13	Для оценки «хор» не менее	81 %
14	Для оценки «удовл» не менее	71 %
15	Время тестирования (в минутах)	50

Оценочные материалы к I этапу

Оценка компетенций ОПК-5 (ОПК-5.1., ОПК-5.2., ОПК-5.3., ОПК-5.4.), ОПК-7 (ОПК-7.1., ОПК-7.2., ОПК-7.3., ОПК-7.4.), 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-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-11 (ПК-11.1., ПК-11.2., ПК-11.3., ПК-11.4., ПК-11.5.),

Код компетенций	Тестовые вопросы
ОПК-5	1.ПАТОГЕНЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА СВЯЗАН 1)с абсолютной недостаточностью инсулина 2)с относительной недостаточностью инсулина 3)с развитием инсулинорезистентности 4)с секрецией биологически малоактивного инсулина
ПК-5	2.КРИТЕРИЙ НОРМОАЛЬБУМИНУРИИ СУТОЧНОЙ МОЧИ 1)до 10 мг/сут 2)до 30 мг/сут 3)от 30 до 300 мг/сут 4)до 350 мг/сут
ПК-6	3.ОЦЕНИТЕ РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА: БЕЛОК В СУТОЧНОЙ МОЧЕ - 20 МГ/Л, ОБЪЕМ МОЧИ – 1800 МЛ/СУТ 1)нормоальбуминурия А1 2)микроальбуминурия А2 3)протеинурия А3 4) А1, А2, А3
ПК-8	4.ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ГЛИКЕМИЕЙ 14 ММОЛЬ/Л НЕОБХОДИМО 1) провести глюкозотолерантный тест 2) поставить на диспансерный учет с диагнозом сахарный диабет 3) повторить анализ крови на глюкозу 4) прекратить дальнейшее наблюдение
ОПК-5	5.ИНСУЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ 1)СД 2 типа 2)СД 1 типа 3) гестационного СД 4) генетических форм СД (MODY и др.)
ПК-5	6.ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕНЬ ПОЧЕК V СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1)транзиторной протеинурией 2)стабильной протеинурией 3)артериальной гипертензией 4) СКФ<15мл/мин
ОПК-7	7.ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТФОРМИНА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ЛАКТОАЦИДОЗА 1)На фоне дыхательной недостаточности 2)При СКФ более 60 мл/мин 3)На фоне применения инсулина 4)При синдроме поликистозных яичников
ПК-8	8.ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

	<p>1) гликлазид и метформина 2) гликлазид и глибенкламид 3) Глибенкламинд и репаглинид 4) Ингибиторы дипептидилпептидазы и агонисты ГПП1</p>
ОПК-7	<p>9.ПРЕПАРАТЫ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫЕ БОЛЬНЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ II Б СТ.</p> <p>1)метформин 2)глюренорм (амарил) 3)глибенкламид (манинил) 4)инсулин</p>
ОПК-7	<p>10.МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ГЛИКЛАЗИДА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В</p> <p>1)повышении активности гликогенсинтетазы 2)повышении чувствительности к инсулину 3) уменьшении всасывания глюкозы в кишечнике 4)снижении секреции инсулина</p>
ПК-8	<p>11.БЕЗОПАСНЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С СД2 И ИБС ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1)глюренорм 2)диабетон МВ 3)манинил 5 4)новонорм</p>
ПК-8	<p>12.КОЛИЧЕСТВО ЕДИНИЦ ИНСУЛИНА, КОТОРОЕ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ БОЛЬНОМУ ПЕРЕД ЗАВТРАКОМ, ЕСЛИ В ТЕЧЕНИЕ ЗАВТРАКА ОН УПОТРЕБЛЯЕТ 60 Г УГЛЕВОДОВ, СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1)10 ЕД 2) 8 ЕД 3)6 ЕД 4) 24 ЕД</p>
ПК-8	<p>13.БОЛЬНОМУ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ</p> <p>1) человеческий инсулин 2) пероральные сахароснижающие препараты 3) лекарственные травы 4) гомеопатические препараты</p>
ОПК-5	<p>14.ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА</p> <p>1) манифестация заболевания преимущественно в пожилом возрасте 2) на морфологии выявляется инсулит 3) редко встречаются другие заболевания эндокринной системы 4) отягощенный наследственный анамнез по СД 1 типа</p>
ПК-8	<p>15.ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПОКАЗАН ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ</p> <p>1)ингибиторы АПФ 2)антагонисты кальция 3) бета-адреноблокаторы 4)мочегонные препараты</p>
ПК-6	<p>16.ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОБЫ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ: ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК – 6,7 ММОЛЬ/Л, ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА – 11,3 ММОЛЬ/Л, ОБСЛЕДУЕМОМУ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ</p> <p>1)нарушение толерантности к глюкозе 2)нарушение гликемии натощак 3)сахарный диабет 4)здоров</p>

ОПК-5	17.ТЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ БОЛЕЕ СВОЙСТВЕННО 1)высокая частота безболевых форм 2)замедленная динамика ЭКГ 3)высокая летальность 4)частое развитие сердечной недостаточности
ОПК-7	18.КОЛИЧЕСТВО ГЛЮКОЗЫ НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ 1)50 г 2)75 г 3)100 г 4)200г
ПК-6	19.КРИТЕРИЕМ ПРОТЕИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ АЛЬБУМИНУРИЯ 1) менее 20 мг/сут 2)30 - 300 мг/сут 3)более 300 мг/сут 4)20-30 мг/сут
ПК-6	20.НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, КАСАЮЩЕЕСЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА 1) развивается чаще в возрасте до 30 лет 2) риск развития повышен при наличии HLA B8, B15, Dw3, Dw4 3) вирусы эпидемического паротита и Коксаки являются возможными этиологическими факторами 4)содержание инсулина в крови нормальное или повышенное
ПК-6	21.БЕЛОК В СУТОЧНОЙ МОЧЕ – 370 МГ/СУТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1) нормаальбуминурии 2) микроальбуминурии 3) макроальбуминурии 4) протеинурии
ОПК-5	22.В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА СД 2 ТИПА 1)аутоиммунная деструкция β -клеток поджелудочной железы 2)повышение продукции глюкозы печенью 3)нарушение всасывания глюкозы в кишечнике 4)повышение активности глюкозных транспортеров
ПК-5	23.К ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1)поражение артерий ног 2)поражение сосудов глазного дна 3)поражение сосудов почек 4)поражение сосудов питающих нервы
ОПК-7	24.ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРАНДИАЛЬНЫМ РЕГУЛЯТОРАМ ГЛЮКОЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ 1)глибенкламид (манинил) 2)репаглинид (Новонорм) 3)метформин 4)глюкобай (акарбоза)
ОПК-7	25.ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА СПОСОБСТВУЮТ 1)понижению холестерина 2)повышению холестерина 3)замедлению перистальтики кишечника 4)ускорению всасывания глюкозы
ОПК-7	26.ПРЕПАРАТОМ, СТИМУЛИРУЮЩЕМ СЕКРЕЦИЮ ИНСУЛИНА, ЯВЛЯЕТСЯ

	<p>1)глибенкламид (манинил) 2)метформин 3)глюкобай 4)дапаглифлозин</p>
ПК-8	<p>27.ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ПССП ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ</p> <p>1)метформин и вилдаглиптин 2)Ингибитор дпп-4 и агонист ГПП1 3)ситаглиптин и лираглутид 4)глибенкламид и гликлазид</p>
ПК-6	<p>28.СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОВОДИТСЯ ОГТТ С 75 Г. ГЛЮКОЗЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГСД, СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>1)22-24 недели 2)24-28 недель 3)26-28 недель 4)28- 32 недели</p>
ПК-6	<p>29.ВЕРХНИЙ ПОРОГ ГИПОГЛИКЕМИИ У БОЛЬНОГО СД СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>1)5 ммоль/л 2) 4 ммоль/л 3)3,9 ммоль/л 4)3,0 ммоль/л</p>
ОПК-5	<p>30.ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ НВА1С У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НЕ ИМЕЮЩЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ, СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЯ</p> <p>1) менее 6,5 % 2) менее 7,0% 3) менее 7,5 % 4) менее 8,5 %</p>
ОПК-7	<p>31.К МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ МЕТФОРМИНА ОТНОСЯТ</p> <p>1) антианемическое действие 2) ангиопротекторное действие 3) гиполипидемическое действие 4) антигипоксическое действие</p>
ОПК-7	<p>32.ИНСУЛИН СТИМУЛИРУЕТ</p> <p>1) липогенез 2) глюконеогенез 3) гликогенолиз 4) липолиз</p>
ПК-8	<p>33.ДОЛЯ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА ПРИ ИНТЕНСИФИЦИРОВАННОЙ СХЕМЕ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) 10% 2) 20% 3) 50% 4) 70%</p>
ОПК-5	<p>34.ВРЕМЯ, ЧЕРЕЗ КОТОРОЕ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ХУМАЛОГА МОЖНО ЗАНИМАТЬСЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ</p> <p>1) через 40 минут 2) через 1,5 часа 3) через 2 часа 4) через 2,5 часа</p>
ПК-11	<p>35.ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ НАЗНАЧИТЬ</p> <p>1) инсулин короткого действия человеческий в вену</p>

	<p>2) инсулин короткого действия человеческий в мышцу каждые 3 часа</p> <p>3) инсулин средней продолжительности действия человеческий в вену</p> <p>4) инсулин средней продолжительности действия человеческий в мышцу 4 раза в день</p>
ПК-8	<p>36.БЕРЕМЕННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ</p> <p>1) сахаропонижающие препараты сульфонилмочевины</p> <p>2) инсулин человеческий</p> <p>3) ингибиторы обратного захвата глюкозы</p> <p>4) препараты группы бигуанидов</p>
ПК-8	<p>37.ДОЛЯ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ СХЕМЕ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) 40%</p> <p>2) 50%</p> <p>3) 60%</p> <p>4) 70%</p>
ОПК-7	<p>38.ДОЗА КОРОТКОГО ИНСУЛИНА В 20 ЕД НОВОМИКС 30 СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) 10 ЕД</p> <p>2) 8 ЕД</p> <p>3) 6 ЕД</p> <p>4) 4 ЕД</p>
ОПК-7	<p>39.ОПТИМАЛЬНЫМ ВРЕМЕНЕМ СУТОК ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛАРГИНА (ЛАНТУСА) ЯВЛЯЕТСЯ ВРЕМЯ</p> <p>1) перед завтраком</p> <p>2) перед ужином</p> <p>3) перед обедом</p> <p>4) в любое время суток</p>
ПК-11	<p>40.БОЛЬНОМУ С КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМОЙ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ЧАСА СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ 0,9 % РАСТВОР ХЛОРИДА НАТРИЯ В КОЛИЧЕСТВЕ</p> <p>1) 250 мл</p> <p>2) 500 мл</p> <p>3) 1000 мл</p> <p>4) 2500 мл</p>
ПК-11	<p>41.ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ИЗ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА БИКАРБОНАТ НАТРИЯ ВВОДЯТ</p> <p>1) при pH крови – 7,45</p> <p>2) при pH крови – 7,35</p> <p>3) при pH крови – 7,25</p> <p>4) при pH крови – 6,8</p>
ПК-11	<p>42.ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВОДИТЬ</p> <p>1) инсулин короткого действия</p> <p>2) инсулин средней продолжительности действия</p> <p>3) инсулин суточного действия</p> <p>4) инсулин сверхдлительного действия</p>
ПК-11	<p>43.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ИЗОТОНИЧЕСКИЙ РАСТВОР ХЛОРИДА НАТРИЯ ВВОДИТСЯ ПРИ УРОВНЕ КОРРЕКТИРОВАННОГО НАТРИЯ</p> <p>1) 140 ммоль/л</p> <p>2) 180 ммоль/л</p> <p>3) 160 ммоль/л</p> <p>4) 170 ммоль/л</p>
ПК-11	<p>44.ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ РАСТВОР ГЛЮКОЗЫ</p>

	<p>ВВОДЯТ ПРИ ЕЕ СОДЕРЖАНИИ В КРОВИ</p> <p>1) 20 ммоль/л 2) 18 ммоль/л 3) 15 ммоль/л 4) 13 ммоль/л</p>
ПК-6	<p>45. ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ ДИФФУЗНО ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ИМЕЮТ</p> <p>1) антитела к ТПО 2) антитела к ТГ 3) тиреостимулирующие антитела 4) повышение тиреокальцитонина</p>
ПК-6	<p>46. ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА СЕКРЕЦИЯ ТТГ МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ</p> <p>1) 1,5 мЕд/мл 2) 3,0 мЕд/мл 3) 6 мЕд/мл 4) 0,03 мЕд/мл</p>
ОПК-7	<p>47. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В</p> <p>1) деструкции фолликулярного эпителия 2) воздействию на аутоиммунный процесс в щитовидной железе 3) блокировании поступления йода в щитовидную железу 4) превращении Т4 в реверсивный Т3</p>
ОПК-5	<p>48. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ ДУФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) прибавка в весе 2) похудение 3) сухость кожи 4) брадикардия</p>
ОПК-5	<p>49. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) потливость 2) сухость кожи 3) тахикардия 4) похудение</p>
ОПК-7	<p>50. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1) 1-2 мес 2) 6-8 мес 3) 1-11 мес 4) 12-24 мес</p>

№ теста	ответ	№ теста	ответ	№ теста	ответ	№ теста	ответ
1	1	16	3	31	1	46	4
2	2	17	3	32	1	47	1
3	2	18	2	33	3	48	2
4	2	19	3	34	3	49	2
5	2	20	4	35	1	50	4
6	4	21	4	36	2		
7	1	22	2	37	4		
8	1	23	1	38	3		
9	1	24	3	39	4		
10	1	25	1	40	3		

11	2	26	1	41	4		
12	1	27	1	42	1		
13	1	28	2	43	1		
14	2	29	3	44	4		
15	1	30	1	45	3		

Паспорт тестового материала по вопросам неврологии, нейрохирургии в составе Практика общеврачебного профиля

№	Наименование пункта	Значение
1.	Факультет	Лечебный
2.	Кафедра	Нейрохирургии и медицинкой реабилитации с курсом ИДПО
3.	Авторы-разработчики	Проф. Ш.М. Сафин Доц. Н.М. Блинова
4.	Наименование практики	Вопросы неврологии, нейрохирургии в составе Практика общеврачебного профиля
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	720 час / 20 ЗЕ
6.	Наименование папки	Фонд оценочных материалов
7.	Вид контроля	Тестовые задания
8.	Для специальности	31.05.01 «Лечебное дело»
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	25
10.	Количество заданий при тестировании студента	25
11.	Из них правильных ответов должно быть (%):	не менее 71%
12.	Для оценки «отл» не менее	91%
13.	Для оценки «хор» не менее	81%
14.	Для оценки «удовл» не менее	71%
15.	Время тестирования (в минутах)	25

Оценочные материалы к I этапу

Оценка компетенций ОПК-5 (ОПК-5.1., ОПК-5.2., ОПК-5.3., ОПК-5.4.), ОПК-7 (ОПК-7.1., ОПК-7.2., ОПК-7.3., ОПК-7.4.), 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-9 (ПК-9.1., ПК-9.2., ПК-9.3., ПК-9.4., ПК-9.5., ПК-9.6),

Код компетенции	Тестовые вопросы
ПК-5, ПК-6	1.КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПУХОЛЕЙ ЦНС МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ: А.отсутствие любых симптомов Б. неврологический дефицит В. эндокринную патологию Г. психические нарушения Д. все выше перечисленное
ПК-5	2.КОМАНДА СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОПУХОЛЬЮ ЦНС МОЖЕТ СОСТОЯТЬ ИЗ: А. нейрохирурга Б. нейрофизиолога В. онколога Г. специалиста по лучевой терапии Д. все выше перечисленное
ОПК-5	3.СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ОПУХОЛИ ЦНС ДЕЛЯТСЯ НА: А. две степени злокачественности Б. три степени злокачественности В. четыре степени злокачественности Г. пять степеней злокачественности Д. шесть степеней злокачественности
ОПК-5	4.ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ: А. астрацитомы Б. глиабластомы В. менингиомы Г. шваномы Д. все выше перечисленные
ОПК-5, ПК-6	5.ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ: А. астрацитомы Б. эпендимомы В. менингиомы Г. шваномы Д. все выше перечисленные
ОПК-5, ПК-6	6.ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ЛОБНОЙ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНО: А. деменция Б. изменения личности В. головная боль Г. судороги Д. все выше перечисленное
ОПК-5	7.ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К: А. дислокации головного мозга Б. вклинению головного мозга В. к слабоумию

	<p>Г. смерти</p> <p>Д. все выше перечисленное</p>
ОПК-5	<p>8.ПРИ ГОРМОНОПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ПРОЛАКТИНОМЕ ГИПОФИЗА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ:</p> <p>А. увеличение рук и ног</p> <p>Б. лактоурия</p> <p>В. акромегалия</p> <p>Г. болезнь Кушинга</p> <p>Д. все выше перечисленное</p>
ОПК-5	<p>9.ПРИ ГОРМОНОПРОДУЦИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЕ ГИПОФИЗА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ:</p> <p>А. увеличение рук и ног</p> <p>Б. лактоурия</p> <p>В. акромегалия</p> <p>Г. болезнь Кушинга</p> <p>Д. все выше перечисленное</p>
ПК-5	<p>10.КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ВАЖЕН В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА:</p> <p>А. компьютерная томография головного мозга</p> <p>Б. магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастным усилением гадолинием</p> <p>В. МРТ-головного мозга</p> <p>Г. спинно-мозговая пункция</p> <p>Д. рентгенография черепа</p>
ОПК-7, ПК-9	<p>11.ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС ВКЛЮЧАЮТ:</p> <p>А. хирургическое лечение,</p> <p>Б. лучевая терапия</p> <p>В. активное наблюдение,</p> <p>Г. терапия сопутствующих проблем (сопроводительная терапия)</p> <p>Д. все выше перечисленное</p>
ПК-5	<p>12.ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ (ИЭФМ) ЭТО:</p> <p>А. система видеонаблюдения за ходом операции из соседней комнаты или аудитории</p> <p>Б. это мониторинг состояния нервной системы в режиме реального времени, проводимый бригадой нейрофизиологов, предупреждающей нейрохирургов о потенциальном повреждении важных структур и позволяющий скорректировать операцию</p> <p>В. ЭЭГ мониторинг, назначаемый пациенту за сутки до операции</p> <p>Г. мониторинг нервной системы с помощью ЭНМГ и ЭЭГ первые сутки после операции в реанимации</p> <p>Д. все выше перечисленное</p>
ОПК-7, ПК-9	<p>13.К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА МОЖНО ОТНЕСТИ:</p> <p>А. максимальное сохранение здоровой паренхимы мозга</p> <p>Б. при возможности радикальное удаление опухоли</p> <p>В. во время операции следует думать о функциональных исходах, заботиться о сохранении функции</p> <p>Г.использование хороших интродоперационных микроскопов и нейрофизиологического мониторинга</p> <p>Д. все выше перечисленное</p>
ОПК-7,	<p>14.СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОХИРУРГИЯ (ГАММА-НОЖЕВАЯ ТЕРАПИЯ)</p>

ПК-9	<p>ЭТО:</p> <p>А. вид лучевой терапии путем помещения радиоактивного материала непосредственно в опухоль головного мозга или вблизи нее во время открытой операции или через катетер.</p> <p>Б. форма высокоточная форма лучевой терапии, при которой доставка больших доз излучения осуществляется с точностью до одного-двух миллиметров под контролем трехмерной нейровизуализации (такой как КТ, МРТ и ПЭТ/КТ) за одну или несколько процедур.</p>
ОПК-7, ПК-9	<p>15.РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ОТЕК МОЗГА – ОСТРАЯ ПОБОЧНАЯ РЕАКЦИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ, ОНА МОЖЕТ БЫТЬ КУПИРОВАНА:</p> <p>А. фуросемидом Б. спираналоктоном В. дексаметазоном Г. тиамидом Д. аминазином</p>
ОПК-7, ПК-9	<p>16.ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ:</p> <p>А. через несколько часов после лучевой терапии Б. через несколько дней после лучевой терапии В. через несколько месяцев после лучевой терапии Г. через несколько лет после лучевой терапии Д. все выше перечисленное</p>
ОПК-7, ПК-9	<p>17.ЛЕЧЕНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА БЛОКИРОВКУ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ГЕНОВ ОПУХОЛИ, БЕЛКОВ ИЛИ ТКАНЕВОЙ СРЕДЫ, ОТВЕТСТВЕННОЙ ЗА РОСТ И ВЫЖИВАНИЕ ОПУХОЛИ ПОЛУЧИЛО НАЗВАНИЕ:</p> <p>А. гамма-нож Б. лучевая терапия В. брахиотерапия Г. таргетная терапия Д. нано-терапия</p>
ПК-5	<p>18.ДИФФУЗНОЕ АКСОНАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>а) длительным коматозным состоянием с момента травмы б) развитием комы после «светлого» периода в) кратковременной потерей сознания г) кратковременной потерей сознания с ретроградной амнезией}</p>
ПК-6	<p>19.К ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОТНОСИТСЯ ТРАВМА:</p> <p>а) с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза б) с повреждением апоневроза в) с переломом костей свода черепа г) с переломом костей основания черепа без ликвореи</p>
ПК-6	<p>20.ЕСЛИ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ РАЗВИВАЮТСЯ РИГИДНОСТЬ ЗАТЫЛОЧНЫХ МЫШЦ И СВЕТОБОЯЗНЬ ПРИ ОТСУТСТВИИ ОЧАГОВЫХ СИМПТОМОВ, ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ</p> <p>а) сотрясение мозга б) субарахноидальное кровоизлияние в) ушиб мозга г) диффузное аксональное повреждение</p>
ПК-5	<p>21.ОСТРАЯ СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЗОНОЙ</p> <p>а) гомогенного повышения плотности б) гомогенного понижения плотности</p>

	<p>в) неоднородного повышения плотности г) множественными зонами пониженной плотности</p>
ОПК-5	<p>22.ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДЖЕКСОНОВСКИМИ ПРИПАДКАМИ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА В ОБЛАСТИ.</p> <p>а) лобной доли б) теменной доли в) центральных извилин г) височной доли}</p>
ОПК-5	<p>23.СКОРОСТЬ РЕГЕНЕРАЦИИ ПОВРЕЖДЕННОГО АКСОНА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ РАЗРЫВЕ НЕРВА СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>а) 0.1 мм в сутки б) 1 мм в сутки в) 10 мм в сутки г) 1 мм в 30 дней</p>
ОПК-5	<p>24.ДЛЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ СПИНАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <p>а) сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности б) корешковых болей положения в) ранней блокады субарахноидального пространства г) менингеальный синдром</p>
ПК-5	<p>25.СПОНДИЛОГРАФИЯ НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНА, ЕСЛИ ОПУХОЛЬ СПИННОГО МОЗГА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:</p> <p>а) интрамедуллярно б) субдурально в) эпидурально г) эпидурально-экстравертебрально</p>

**Паспорт тестового материала по вопросам фтизиатрии в составе Практика
общеврачебного профиля**

№	Наименование пункта	Значение
16.	Факультет	Лечебный
17.	Кафедра	Фтизиатрии с курсом ИДПО
18.	Авторы-разработчики	Проф. Х.К.Аминев Доц. Е.В.Павлова Ст. лаборант Э.Х.Аминев
19.	Наименование практики	Вопросы фтизиатрии в составе Практика общеврачебного профиля
20.	Общая трудоемкость по учебному плану	720 час / 20 ЗЕ
21.	Наименование папки	Фонд оценочных материалов
22.	Вид контроля	Тестовые задания
23.	Для специальности	31.05.01 «Лечебное дело»
24.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	60
25.	Количество заданий при тестировании студента	60
26.	Из них правильных ответов должно быть (%):	не менее 71%
27.	Для оценки «отл» не менее	91%
28.	Для оценки «хор» не менее	81%
29.	Для оценки «удовл» не менее	71%
30.	Время тестирования (в минутах)	60

Оценочные материалы к I этапу

Оценка компетенций ОПК-5 (ОПК-5.1., ОПК-5.2., ОПК-5.3., ОПК-5.4.), 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-15 (ПК-15.1., ПК-15.2., ПК-15.3., ПК-15.4., ПК-15.5.)

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-2	<p>1. ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЕ БОЛЬНЫЕ С АКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С УСТАНОВЛЕННЫМ БАЦИЛЛОВЫДЕЛЕНИЕМ НАБЛЮДАЮТСЯ ТОЛЬКО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по 1а группе 2. по 1б группе 3. по 2а группе 4. по 2б группе 5. по 3 группе
ПК-5	<p>2. ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОШИБОЧНЫХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФЛЮОРОГРАФИИ ДОСТИГАЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дополнительным проведением бактериологического исследования 2. многократным проведением флюорографии в течение года 3. тем, что рулон снимков разрезается на кадры 4. тем, что рулон снимков просматривается дважды 5. тем, что рулон снимков долго хранится
ПК-2	<p>3. БОЛЬНЫЕ С АКТИВНЫМИ ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОДЛЕЖАТ УЧЕТУ И НАБЛЮДЕНИЮ ПО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по 2а группе 2. по 1б группе 3. по 1а группе 4. по 2б группе 5. по 3 группе
ОПК-5	<p>4. ТЕРМИН "ТУБЕРКУЛЕЗ" ВВЕЛИ В МЕДИЦИНСКУЮ ТЕРМИНОЛОГИЮ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кальметт и Герен 2. Гиппократ и его ученики 3. Лаэннек и Шенлейн 4. Вильмен и Конгейм 5. Кох и Пастер
ПК-15	<p>5. УКЛОНЕНИЕ ОТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ОБИЛЬНЫМ БАЦИЛЛОВЫДЕЛЕНИЕМ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. преследуется согласно статьи уголовного кодекса России 2. не предусматривает в России никаких наказаний 3. предусматривает помещение в закрытый стационар 4. в Башкортостане наказывается штрафом в размере 10 000 рублей 5. является основанием для высылки за 101-й километр

ПК-2	<p>6. ЛИЦА С ОСТАТОЧНЫМИ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СОСТОЯТ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ПО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 6 группе 2. 5 группе 3. 2 группе 4. 4 группе 5. 7 группе
ПК-15	<p>7. РОЛЬ Н.И.ПИРОГОВА В РАЗВИТИИ УЧЕНИЯ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. разработкой хирургических методов лечения туберкулеза 2. описанием гигантских клеток в туберкулезном бугорке 3. описанием туберкулезного плеврита 4. разработкой методов коллапсотерапии 5. описанием обызвествленного туберкулезного очага
ПК-2	<p>8. ЛИЦА, НАХОДИВШИЕСЯ В БЫТОВОМ ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМИ, ВЫДЕЛЯЮЩИМИ С МОКРОТОЙ МИКОБАКТЕРИЮ, ПОДЛЕЖАТ УЧЕТУ И НАБЛЮДЕНИЮ ПО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по 5б группе 2. по 7б группе 3. по 1 группе 4. по 2 группе 5. по 4 группе
ПК-1	<p>9. ФТИЗИАТРЫ РАСЦЕНИВАЮТ РОЛЬ КУРЕНИЯ КАК ФАКТОР, КОТОРЫЙ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. делает лечение туберкулеза невозможным 2. затрудняет клиническую диагностику из-за хронического кашля 3. способствует формированию туберкулеза органов дыхания 4. пагубно влияет на метаболизм возбудителя туберкулеза 5. стимулирует отхождение мокроты и ускоряет абацеллирование
ПК-5	<p>10. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ежегодная флюорография 2. ежегодный осмотр педиатра 3. поликлиническое лабораторное обследование 4. иммуно-ферментный анализ сыворотки крови 5. ежегодное проведение туберкулинодиагностики
ПК-3	<p>11. ЗАРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАИБОЛЕЕ ОПАСНО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в 25-30 лет 2. в детском возрасте 1-5 лет 3. в возрасте 70 лет и старше 4. в 50-55 лет 5. в 30-40 лет
ПК-2	<p>12. В НУЛЕВУЮ ГРУППУ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ВЗРОСЛЫХ ВХОДЯТ ЛИЦА С...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. активным туберкулезом 2. туберкулезом неясной активности 3. затихающим активным туберкулезом 4. неактивным туберкулезом 5. внелегочным туберкулезом

ПК-2	<p>13. ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ВЗРОСЛЫХ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. все группы имеют три подгруппы 2. нет первой группы учета 3. выделяют 6 группу учета 4. выделяют 7а группу учета 5. нет второй группы учета
ПК-4	<p>14. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НОВОГО СЛУЧАЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ И САН-ЭПИДСТАНЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. амбулаторная карта больного 2. экстренное извещение 3. история болезни 4. посылный лист 5. справка на улучшение жилищных условий
ПК-9	<p>15. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ВРАЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ 4 ГРУППЫ УЧЕТА В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. проведение комплексного длительного лечения 2. проведение химиопрофилактики 3. проведение поэтапного хирургического лечения 4. наложение искусственного пневмоторакса 5. трансторакальное дренирование туберкулезной полости
ПК-1	<p>16. "ВИРАЖНЫЕ" ДЕТИ БЕЗ ДРУГИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА МОГУТ НАХОДИТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в санаторных яслях-садах, лесных школах 2. в противотуберкулезных стационарах 3. в детских больницах общего профиля 4. в санаториях для больных активным туберкулезом легких 5. в санаториях для больных внелегочным туберкулезом
ОПК-5	<p>17. ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗА НАЗЫВАЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. место жительства больного туберкулезом легких 2. регион с высокой заболеваемостью туберкулезом 3. место жительства впервые выявленного больного туберкулезом 4. регион с ростом заболеваемости туберкулезом 5. место пребывания больного туберкулезом-бацилловыделителя
ПК-15	<p>18. КАФЕДРА ТУБЕРКУЛЕЗА БАШКИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА БЫЛА СОЗДАНА НА БАЗЕ КУРСА ТУБЕРКУЛЕЗА ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в 1939 году 2. в 1946 году 3. в 1970 году 4. в 1972 году 5. в 1981 году
ПК-4	<p>19. В МИРЕ ЕЖЕГОДНО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЗАБОЛЕВАЕТ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. около 10 миллионов человек 2. около 5-6 тысяч человек 3. около 15 тысяч человек 4. около 100 тысяч человек 5. около 100-150 человек

ПК-15	<p>20. ПЕРВЫЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР БЫЛ ОТКРЫТ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в шотландском городе Эдинбурге 2. во французском городе Лионе 3. в английском городе Оксфорде 4. в российском городе Твери 5. в американском городе Нью-Орлеан
ОПК-5	<p>21. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ В СТРАНАХ С ВЫСОКОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТЬЮ ОСТАЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствие средств эффективной химиопрофилактики 2. экзогенная суперинфекция 3. эндогенная реактивация инфекции 4. назначение иммуносупрессоров без должного контроля 5. низкий охват населения профосмотрами
ПК-9	<p>22. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ЛЕГОЧНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ДОМУ ТЕКУЩУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. родственники пациента или он сам 2. сотрудники районной поликлиники 3. сотрудники санитарно-эпидемической станции 4. сотрудники коммунальных служб города 5. сотрудники противотуберкулезного диспансера
ПК-5	<p>23. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ ОСТАЕТСЯ В РОССИИ ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. массовая туберкулинодиагностика (проба Манту) 2. массовая туберкулинодиагностика (проба Пирке) 3. массовая флюорография и флюорография декретированных групп 4. массовые профилактические осмотры 5. массовое бактериологическое обследование
ПК-5	<p>24. ФИЗИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ФЛЮОРОГРАФИИ СОСТОИТ В...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. фотографировании светящегося экрана 2. ксерокопировании рентгеновского изображения 3. засвечивания рентгеновскими лучами фотопленки 4. применении ЯМР-эффекта 5. прикладном использовании фотоэффекта
ПК-15	<p>25. В РЕСПУБЛИКЕ, КРАЕ, ОБЛАСТИ, ГОРОДЕ ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В ОРГАНИЗАЦИИ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЗАНИМАЕТ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. туберкулезная больница 2. туберкулезные отделения больниц и госпиталей 3. туберкулезный кабинет поликлиники 4. противотуберкулезный диспансер 5. республиканская (областная, краевая) клиническая больница
ОПК-5	<p>26. ТУБЕРКУЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. особо опасным инфекционным заболеванием 2. системным заболеванием соединительной ткани 3. инфекционным заболеванием 4. респираторной формой риккетсиоза 5. вирусным инфекционным заболеванием

ПК-15	<p>27. СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СТРАН ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ В...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в Индии 2. в Канаде 3. в Соединенных Штатах Америки 4. в Швеции 5. в Японии
ПК-7	<p>28. ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ БОЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ИМЕЕТ ПРАВО НА ОПЛАЧИВАЕМЫЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ СРОКОМ ДО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. до 10 месяцев 2. до 2 месяцев 3. до 5 лет 4. до 3 недель 5. до 15 месяцев
ПК-3, ПК-8	<p>29. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. смертностью, процентом быстрых инактиваторов ГИНК 2. смертностью, болезненностью, заболеваемостью, инфицированностью 3. смертностью и процентом закрытия полостей распада в легких 4. смертностью, инфицированностью, процентом абациллирования 5. смертностью и устойчивостью к туберкулостатикам
ПК-15	<p>30. В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К РЫНКУ ФТИЗИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ПО ТИПУ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. разделом страховой медицины 2. преимущественно бюджетной 3. исключительно частной медициной 4. хозрасчетной службой 5. преимущественно частной медициной
ПК-15	<p>31. ВО ВРЕМЯ ВОЙН, СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ И СОЦИАЛЬНЫХ КАТАКЛИЗМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ХАРАКТЕРНО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. более легкое течение, исчезновение хронических форм 2. преобладание внелегочных форм туберкулеза 3. смещение пика заболеваемости в старшие возрастные группы 4. возрастание заболеваемости, неблагоприятное течение 5. увеличение случаев первичной устойчивости к препаратам
ПК-2	<p>32. БОЛЬНЫЕ АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПОДЛЕЖАТ УЧЕТУ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ ПО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по 1 группе 2. по 2 группе 3. по 7а группе 4. по 5а группе 5. по 4 группе
ПК-4, ПК-15	<p>33. ПРИ РАСЧЕТЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ УЧИТЫВАЮТСЯ ВПЕРВЫЕ ЗАБОЛЕВШИЕ ЛЮДИ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при наличии бацилловыделения 2. с подтвержденным любым способом диагнозом 3. при условии, что лечение идет успешно 4. трудоспособного возраста 5. с наличием деструкции легочной ткани

ПК-15	<p>34. ПРИ СОПОСТАВЛЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РАЗНЫХ СТРАНАХ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. социально-экономический строй 2. расовую и национальную структуру населения 3. этнографические и географические особенности 4. долю малоимущих слоев населения 5. методы и критерии оценки болезни
ПК-4, ПК-15	<p>35. СИТУАЦИЯ С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СТРАН В...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в России. 2. в Китае 3. в Нидерландах 4. в Индии 5. в Бразилии
ПК-5	<p>36. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МАССОВОЙ ФЛЮОРОГРАФИИ (ДЛЯ НЕДЕКРЕТИРОВАННЫХ КОНТИНГЕНТОВ) СОСТАВЛЯЕТ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 раз в 1 год 2. 1 раз в 2 года 3. 2 раза в год 4. 1 раз в 3 года 5. 1 раз в 1 квартал
ПК-3	<p>37. ПО ЗАВЕРШЕНИИ ЦИКЛА ТУБЕРКУЛЕЗА СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ПРОИЗВЕСТИ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ХАЛАТОВ. ДЛЯ ЭТОГО НЕОБХОДИМО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. автоклавирование 2. применение газовой камеры 3. засыпка халата хлорной известью и инкубация в течение суток 4. кипячение в 2-3% растворе соды 15-20 минут 5. ультрафиолетовое облучение в течение 40 часов
ПК-5	<p>38. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ФЛЮОРОГРАФИИ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ, СОСТАВЛЯЕТ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 раза в 1 год 2. 1 раз в квартал 3. 1 раз в 1 год 4. 1 раз в 2 года 5. 1 раз в 3 года
ОПК-5	<p>39. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЧЕЛОВЕКА ЭТО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. грамположительный диплококк 2. кислото- и щелочеупорная микобактерия 3. грамотрицательная кислотоупорная бактерия 4. риккетсия Провачека 5. парвовирус
ПК-5	<p>40. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ МИКРОСКОПИИ ОКРАШИВАЕТСЯ ПО МЕТОДУ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Грама 2. Циля-Нильсена 3. Бойля-Мариотта 4. Йендрассика 5. Вельмана

ПК-5	<p>41. НАРЯДУ С ОКРАСКОЙ МАЗКА ДЛЯ ЕГО ИССЛЕДОВАНИИ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. зонография 2. торакоскопия 3. флюоресцентная микроскопия 4. нативная оптическая микроскопия 5. телегамматерапия
ОПК-5	<p>42. МОРФОЛОГИЯ МИКОБАКТЕРИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. высокой стабильностью строения и формы 2. наличием ундулирующей мембраны и жгутиков 3. отсутствием ядра или ядерной субстанции 4. разнообразием нитевидных, кокковидных, зернистых форм 5. высоким сходством с вирусами
ПК-5	<p>43. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. флотацию мокроты 2. окраску мокроты специальным методом 3. автоклавирование взятого материала 4. назначение туберкулоstaticов больному 5. посев на специализированную среду
ПК-5	<p>44. МЕТОД ОБОГАЩЕНИЯ ИССЛЕДУЕМОЙ ЖИДКОСТИ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ЕЕ БАКТЕРИОСКОПИИ НАЗЫВАЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. флотацией 2. бак.посевом 3. флюктуацией 4. люминесценцией 5. фокусировкой
ОПК-5	<p>45. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РОДА MYCOBACTERIUM СЕМЕЙСТВА АСТИНОМУСЕТАLES ВЫЗЫВАЕТ НЕ ТОЛЬКО ТУБЕРКУЛЕЗ, НО И ТАКОЕ ОПАСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КАК...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. чуму 2. проказу (лепру) 3. оспу 4. брюшной тиф (легочную форму) 5. холеру
ОПК-5	<p>46. ТУБЕРКУЛЕЗ У ЧЕЛОВЕКА ВЫЗЫВАЕТ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. micobacteriummicroti 2. micobacteriumparatuberculosis 3. micobacterium tuberculosis 4. micobacteriumphlei 5. micobacteriumintracellulare
ОПК-5	<p>47. ВСТРЕЧАЮТСЯ РАЗЛИЧНЫЕ НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МИКОБАКТЕРИОЗЫ ЛЕГКИХ. КЛАССИФИКАЦИЯ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКОБАКТЕРИЙ ОСНОВАНА НА...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. различии их кислотоупорности 2. различии их по процессу метаболизма декстранов 3. различии окрашивания колоний на свету и в темноте 4. различии строения клеточной оболочки 5. различии их географического обнаружения

ПК-5	<p>48.МИКОБАКТЕРИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ТИПА ПРИ ПОСЕВЕ НА ПИТАТЕЛЬНЫЕ СРЕДЫ РАСТЕТ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. от 6 месяцев до 1 года 2. от 2 до 3 недель 3. от 2 до 7 дней 4. от 30 до 90 дней 5. от 70 до 130 дней
ПК-5	<p>49. СТАНДАРТНОЙ ПИТАТЕЛЬНОЙ СРЕДОЙ ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДА...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Собуро 2. Кауффмана 3. Левинталя 4. Борде-Жангу 5. Левенштейна-Йенсена
ПК-5	<p>50.БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА СОСТОИТ В...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. заражении морской свинки исследуемым материалом 2. заражении крысы исследуемым материалом 3. посева на искусственную культуру ткани 4. пробном лечении и наблюдении за посевами мокроты 5. инкубации материала с донорской кровью
ОПК-5	<p>51. ОБЩИМ СВОЙСТВОМ ДЛЯ L-ФОРМ МИКОБАКТЕРИЙ И МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вирусоподобная структура 2. сниженная вирулентность возбудителя 3. наличие жгутиков 4. наличие ундулирующей мембраны 5. повышенная подвижность в жидких средах
ПК-5	<p>52. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ МИКОБАКТЕРИИ В МАТЕРИАЛЕ МЕТОДОМ БАКТЕРИОСКОПИИ В 1 МЛ ДОЛЖНО СОДЕРЖАТЬСЯ НЕ МЕНЕЕ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 10 микробов 2. 1 000 000 микробов 3. 100 000 микробов 4. 100 микробов 5. 6000 микробов
ПК-5	<p>53. ПРЕИМУЩЕСТВО ФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ МИКРОСКОПИИ СОСТОИТ В...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в использовании дешевой техники 2. в полной безопасности работы с микробом 3. в использовании большего увеличения изображения 4. в использовании меньшего увеличения и большого поля зрения 5. в отсутствии необходимости обучать лаборанта
ПК-8	<p>54. ЖИВОТНЫМ, КОТОРОЕ ЛЕГКО ЗАРАЖАЕТСЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. белая мышь 2. крыса линии "август" 3. крыса линии "вистар" 4. собака 5. морская свинка

ПК-8	<p>55. ПРИ ОКРАСКЕ МАЗКА ПО ЦИЛЮ-НИЛЬСЕНУ МИКРОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОБНАРУЖИТЬ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. фиолетовых микобактерий на белом фоне 2. черных микобактерий на белом фоне 3. красных микобактерий на желтом фоне 4. зеленых микобактерий на розовом фоне 5. красных микобактерий на синем фоне
ПК-1	<p>56. ПРИ ПРЕБЫВАНИИ В ЗАКРЫТОМ ПОМЕЩЕНИИ ВМЕСТЕ С БАЦИЛЛОВЫДЕЛИТЕЛЕМ РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИ ОТСУТСТВУЕТ, ЕСЛИ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. воздух в помещении имеет высокую влажность 2. воздух в помещении насыщен кислородом до 30% 3. воздух обновляется 4. воздух в помещении постоянно перемешивается вентилятором 5. воздух шестикратно обновляется в течение часа
ОПК-5	<p>57. МИКОБАКТЕРИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СОХРАНЯЕТ СВОЮ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ НА СТРАНИЦАХ КНИГ В ТЕЧЕНИЕ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5 лет 2. 10 лет 3. 10-12 дней 4. 3 месяцев 5. 6 месяцев
ПК-5	<p>58. УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ УБИВАЕТ МИКОБАКТЕРИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА В ТЕЧЕНИЕ...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 12 часов 2. 5 часов 3. 2-3 минут 4. 30 минут 5. 24 часов
ПК-8	<p>59. КЛЕТКИ-ЭФФЕКТОРЫ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ РАСПОЛОЖЕНЫ В...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в костном мозге и в периферической крови 2. в тканевой жидкости и в костном мозге 3. в тимусзависимых зонах селезенки и костном мозге 4. в тимусзависимых зонах селезенки и лимфатических узлах 5. в костном мозге и лимфатических узлах
ОПК-5	<p>60. ВАКЦИНА БЦЖ ЭТО...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. живая ослабленная вакцина из микобактерий бычьего типа 2. живая ослабленная вакцина из микобактерий человеческого типа 3. комплекс противотуберкулезных иммуноглобулинов 4. убитая вакцина из микобактерий бычьего типа 5. убитая вакцина из микобактерий птичьего типа

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1	1	21	3	41	3
2	4	22	1	42	4
3	3	23	3	43	5
4	3	24	1	44	1
5	2	25	4	45	2
6	5	26	3	46	3
7	2	27	1	47	3
8	5	28	1	48	4
9	2	29	2	49	5

10	5	30	2	50	1
11	2	31	2	51	2
12	2	32	2	52	3
13	3	33	2	53	4
14	2	34	5	54	5
15	2	35	3	55	5
16	1	36	2	56	5
17	5	37	4	57	4
18	4	38	1	58	3
19	1	39	2	59	4
20	1	40	2	60	1

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-12 (ПК-12.1., ПК-12.2., ПК-12.3.), 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 зачету по терапии в составе Практика общеврачебного профиля
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 врача общей практики
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 врача общей практики.
ОПК-6, ПК-7	Порядок направления граждан на МСЭ.
ОПК-6, ПК-15	Врач общей практики, 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.
ПК-9, ПК-12	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, гастрошколоы. 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.

Код компетенций	Вопросы к зачету по хирургии в составе Практика общеврачебного профиля
ПК-5	1. Хронический панкреатит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-6	2. Кисты и свищи поджелудочной железы. Патанатомия, клиника, диагностика, лечение.
ПК-8	3. Постхолецистэктомический синдром. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-9	4. Постхолецистэктомический синдром. Причины. Клиника, диагностика. Специальные методы исследования. Лечение.
ОПК-7, ПК-10	5. Гастродуоденальные кровотечения, этиология, патогенез, клиника, диагностика
ПК-5	6. Гастродуоденальные кровотечения, тактика лечения, методы остановки кровотечения
ОПК-7, ПК-6	7. Спаечная болезнь брюшины, этиопатогенез, классификация, методы диагностики
ПК-8	8. Спаечная болезнь брюшины, клинические проявления в зависимости от формы болезни, тактика лечения
ПК-9	9. Послеоперационные вентральные грыжи, этиопатогенез, классификация, осложнения
ОПК-7, ПК-10	10. Послеоперационные вентральные грыжи, методы исследования, принципы предоперационной подготовки
ПК-5	11. Послеоперационные вентральные грыжи, выбор метода оперативного лечения
ОПК-7, ПК-6	12. Синдром "острого живота" в хирургии
ПК-8	13. Осложнения аппендэктомии, классификация, выбор тактики лечения
ПК-9	14. Ишемическая болезнь органов пищеварения, этиопатогенез, диагностика,

	лечение
ОПК-7, ПК-10	15. Облитерирующий тромбангиит. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-5	16. Варикозная болезнь. Дифференциальный диагноз. Лечение.
ОПК-7, ПК-6	17. Острый тромбоз поверхностных вен. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-8	18. Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-9	19. Острый тромбоз подключичной вены (синдром Педжета-Шреттера-Кристелли). Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-10	20. Облитерирующий эндартериит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика
ПК-5	21. Варикозная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-7, ПК-6	22. Облитерирующий эндартериит. Консервативное и хирургическое лечение.
ПК-8	23. Оклюзионные поражения ветвей дуги аорты. Этиология, диагностика, лечение.
ПК-9	24. Облитерирующий атеросклероз (артериосклероз). Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-7, ПК-10	25. Коарктация аорты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-5	26. Хронический лимфостаз (слоновость) нижних конечностей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-6	27. Аневризмы грудной аорты. Этиология. Патанатомия, клиника. диагностика, лечение.
ПК-8	28. Расслаивающие аневризмы грудной аорты. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-9	29. Аневризмы брюшной аорты. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-10	30. Аневризмы периферических артерий. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-5	31. Облитерирующий атеросклероз (артериосклероз). Консервативное и хирургическое лечение.
ОПК-7, ПК-6	32. Болезнь Рейно. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
ПК-8	33. Острые артериальные тромбозы и эмболии магистральных сосудов. Клиника. Дифференциальная диагностика, лечение.
ПК-9	34. Острые тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Этиология, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз, лечение.
ОПК-7, ПК-10	35. Врожденные венозные дисплазии (флебоангиодисплазии). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-5	36. Посттравматические артериальные и артериовенозные аневризмы.
ОПК-7, ПК-6	37. Симптоматическая гипертония в хирургии.
ПК-8	38. Восходящий тромбоз большой подкожной вены, опасности осложнений, диагностика, тактика лечения.
ПК-9	39. Тромбоэмболия лёгочной артерии, причины возникновения, диагностика, тактика лечения.
ОПК-7, ПК-10	40. Классификация хирургических заболеваний сердца. Специальные методы исследования в хирургии пороков сердца.
ПК-5	41. Открытый артериальный проток. Клиника, диагностика, принципы лечения.
ОПК-7, ПК-6	42. Септальные дефекты сердца. Дефект межпредсердной перегородки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-8	43. Тетрада Фалло. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-9	44. Септальные дефекты сердца. Дефект межжелудочковой перегородки. Клиника, диагностика, лечение.

ОПК-7, ПК-10	45. Митральные пороки сердца. Митральный стеноз. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-5	46. Искусственное кровообращение и гипотермия в кардиохирургии.
ОПК-7, ПК-6	47. Митральные пороки сердца. Митральная недостаточность клапана. Диагностика, хирургическое лечение.
ПК-8	48. Аортальные пороки сердца. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-9	49. Врожденные пороки сердца. Изолированное сужение легочной артерии. Врожденный стеноз аорты. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-10	50 Острые перикардиты. Этиология. Клиника, лечение.
ПК-5	51. Хронические перикардиты. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-6	52. Характеристика стадий и нарушения кровообращения при пороках сердца.
ПК-8	53. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца, специальные методы исследования, показания.
ПК-9	54. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца, методы хирургического лечения.
ОПК-7, ПК-10	55. Нарушения ритма сердца, этиопатогенез, специальные методы исследования.
ПК-5	56. Нарушения ритма сердца, показания и выбор метода хирургического лечения.
ОПК-7, ПК-6	57. Дивертикулы пищевода. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
ПК-8	58. Инородные тела и повреждения пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-9	59. Врожденные аномалии развития пищевода. Диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-10	60. Ахалазия кардии. Классификация, этиология, патогенез. Патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
ПК-5	61. Диафрагмальные грыжи. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-6	62. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
ПК-8	63. Спонтанный пневмоторакс и гемоторакс. Причины развития. Клиника, диагностика. Первая помощь, лечение.
ПК-9	64. Легочное кровотечение. Причины. Клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
ОПК-7, ПК-10	65. Острые абсцессы легких. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
ПК-5	66. Гангрена легкого. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-6	67. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
ПК-8	68. Химические ожоги пищевода. Неотложная помощь. Лечение в остром периоде.
ПК-9	69. Рубцовые сужения пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-10	70. Хронические абсцессы легких. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы хирургического лечения.
ПК-5	71. Острая эмпиема плевры. Этиология, патанатомия, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-7, ПК-6	72. Хроническая эмпиема плевры. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы хирургического лечения.
ПК-8	73. Химические ожоги пищевода, Патогенез, клиника, диагностика.
ПК-9	74. Пиопневмоторакс. Клиника, диагностика, первая помощь, лечение.
ОПК-7, ПК-10	75. Доброкачественные опухоли легких. Диагностика, лечение.
ПК-5	76. Медиастинит. Этиология. Клиника переднего и заднего медиастинитов.

	Диагностика, лечение.
ОПК-7,ПК-6	77. Инородные тела трахеи и бронхов. Диагностика, первая помощь, осложнения.лечение.
ПК-8	78. Релаксация диафрагмы. Паралич диафрагмы. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-9	79. Опухоли и кисты средостения. Классификация. Клиника, диагностика. Специальные методы исследования. Показания к оперативному лечению.
ОПК-7, ПК-10	80. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология. Особенности патогенеза, клиники у детей раннего возраста. Формы течения. Диагностика. Лечение. Осложнения, их профилактика.
ПК-5	81. Острый аппендицит. Этиология. Особенности патогенеза, клиники, диагностики у детей до 3 лет. Дифференциальная диагностика Лечение.
ОПК-7,ПК-6	82. Атрезия пищевода. Этиология. Патогенез. Формы атрезии пищевода. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика". Значение ранней диагностики. Тактика врача род.дома. Организация транспортировки. Принципы хирургического лечения.
ПК-8	83. Аномалии развития урахуса и желточного протока. Клинические формы. Диагностика. Пороки и методы лечения.
ПК-9	84. Синдром отечной мошонки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика Врачебная тактика. Оперативное лечение.
ОПК-7, ПК-10	85. Врожденная кишечная непроходимость. Этиология. Классификация. Клиника. Методика исследования новорожденных с подозрением на врожденную кишечную непроходимость. Рентгенодиагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
ПК-5	86. Врождённый гипертрофический пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
ОПК-7,ПК-6	87. Пороки развития толстой кишки. Мегадолихоколон. Болезнь Гиршпрунга. Клиника. Диагностика. Лечение.

Код компетенций	Вопросы к зачету по Прегравидарная подготовка женщины к беременности и рождению ребенка в ракурсе превентивной медицины в составе Практика общеврачебного профиля
ОПК-5, ПК-1	1. Анатомия и физиология женской репродуктивной системы.
ОПК-5, ПК-1	2. Гормональная регуляция менструальной функции.
ПК-6, ПК-12	3. Невынашивание беременности. Этиология, профилактика. Ведение беременных группы риска.
ОПК-5, ПК-9	4. Самопроизвольный выкидыш. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-6, ПК-12	5. Течение сахарного диабета во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Диабетическая фетопатия. Принципы ведения беременных при сахарном диабете. Противопоказания к вынашиванию.
ПК-8, ПК-12	6. Течение и ведение беременности при гипертонической болезни. Противопоказания к вынашиванию беременности.
ОПК-5, ПК-12	7. Заболевания почек и беременность. Определение. Частота. Предрасполагающие этиологические факторы. Особенности клиники, диагностики и лечения.
ПК-8, ПК-12	8. Течение и ведение беременности при пороках сердца. Противопоказания к вынашиванию.
ОПК-5, ПК-8	9. Акушерский ДВС-синдром. Этиология. Патогенез. Клинико-лабораторная характеристика стадий. Принципы лечения. Профилактика.

ОПК-5, ПК-6	10. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода по резус-фактору. Этиопатогенез. Пути сенсибилизации. Профилактика. Течение и ведение беременности.
ОПК-5	11. Топографическая анатомия женских половых органов.
ПК-1, ПК-12	12. Профилактика ВИЧ-инфекции в акушерско-гинекологической практике.
ОПК-5, ПК-5	13. Постгистерэктомический синдром. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-5	14. Кольпоскопия: простая, расширенная. Показания, техника.
ОПК-5, ПК-8	15. Ювенильные маточные кровотечения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ОПК-5, ПК-6	16. Эндометриозная болезнь: клиника, диагностика, методы лечения, реабилитация, профилактика
ОПК-5, ПК-6	17. Дисменорея. Причины, клиника, диагностика, методы лечения.
ОПК-5, ПК-6	18. Внематочная беременность. Частота, этиология, патогенез, классификация.
ОПК-5, ПК-6	19. Аменорея периферического генеза. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-5, ПК-6	20. Дисгенезия гонад. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
ОПК-5, ПК-9	21. Эндокринное бесплодие. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
ОПК-5, ПК-6	22. Фоновые заболевания шейки матки. Причины, клиника, диагностика, методы лечения, профилактика.
ОПК-5, ПК-8	23. Миома матки. Диагностика, возможные осложнения. Рождающийся субмукозный узел. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-5, ПК-9	24. Острые воспалительные процессы наружных половых органов. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ОПК-5, ОПК-7	25. Аденомиоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ОПК-5, ПК-8	26. Бесплодный брак. Схема обследования бесплодной супружеской пары.
ОПК-5, ПК-9	27. Задержки полового развития. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
ОПК-5, ПК-9	28. Миома матки. Оперативное лечение. Показания, доступы, объемы.
ОПК-5, ПК-1	29. Трубно бесплодие. Причины, диагностика, методы лечения, прогноз, профилактика.
ОПК-5, ПК-9	31. Предраковые заболевания шейки матки. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, методы лечения, профилактика.
ОПК-5, ОПК-7	32. Преждевременное половое созревание. Формы, клиника, диагностика, методы лечения.
ОПК-5, ПК-5	33. Аменорея центрального генеза. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
ОПК-7, ПК-9	34. Современные медикаментозные методы лечения миомы матки.
ОПК-5, ПК-5	35. Миома матки. Патогенез, классификация, диагностика.
ОПК-5, ПК-8	36. Синдром Симмондса-Шихана. Клиника, основные признаки, лечение.
ОПК-7, ПК-9	37. Современные органосохраняющие методы лечения миомы матки (ЭМА, ФУЗ-абляция, гистерорезектоскопия).
ОПК-5, ПК-1	38. Воспалительные образования придатков матки (пиовар, пиотальпикс). Этиология, патогенез, клиника, методы лечения, прогноз, профилактика.
ОПК-5, ПК-8	39. Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
ОПК-5, ПК-9	40. Вирильный синдром. Частота, клиника, диагностика, лечение.

ОПК-5, ПК-1	41. Хронические неспецифические воспалительные процессы матки и придатков. Клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.
ОПК-5, ПК-8	42. Апоплексия яичника. Этиология, клиника, диагностика, методы лечения.
ОПК-5, ПК-8	43. Распространение, особенности течения гонорейной инфекции. Инфекции, передающиеся половым путем. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Методы провокации гонореи.
ОПК-5, ПК-8	44. Аномальные маточные кровотечения репродуктивного периода. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ОПК-5, ПК-9	45. Синдром поликистозных яичников. Частота, этиология, патогенез, клиника, лечение.
ОПК-5, ПК-	46. Аменорея. Гипоменструальный синдром. Этиология, патогенез, профилактика.
ОПК-5, ПК-8	47. Гиперпролактинемия. Формы, клиника, диагностика, методы лечения.
ОПК-5, ПК-8	48. Предраковые заболевания шейки матки. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-5, ПК-1	49. Планирование семьи. Современные методы контрацепции.
ОПК-5, ПК-5	50. Медикаментозный аборт. Показания, противопоказания, методика.
ОПК-5, ОПК-7	52. Гормональная контрацепция. История развития. Классификация. Современные препараты. Дополнительные лечебные эффекты КОК.
ОПК-5, ПК-8	53. Функциональные кисты женских половых органов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-5, ПК-1	54. Нарушения менструальной функции. Этиология, патогенез, классификация.
ОПК-5, ПК-8	55. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
ОПК-5, ПК-9	56. Предменструальный синдром. Частота, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-5, ОПК-7	57. Бесплодный брак. Вспомогательные репродуктивные технологии.
ОПК-5, ПК-9	58. Пороки развития внутренних половых органов. Классификация, клинические проявления, диагностика, методы коррекции.
ПК-5	59. Гистероскопия в гинекологии. Техника, показания, противопоказания. Возможные осложнения.
ОПК-5, ПК-8	60. Эпителиальные (серозные и псевдомуцинозные)цистаденомы яичников. Частота, патогенез, дифференциальная диагностика, тактика врача-гинеколога.
ПК-5	61. Лапароскопия в гинекологии. Техника операции. Показания, противопоказания.
ПК-5	62. Ультразвуковые методы исследования в гинекологии. Показания, противопоказания, условия.
ПК-9	63. Основные виды гинекологических операций на яичниках.
ОПК-5, ПК-9	64. Пиосальпинкс и tuboовариальный абсцесс. Клиника, диагностика, лечение
ПК-5	65. Техника взятия мазка из цервикального канала на бактериологическое исследование.
ПК-5	66. Техника введения и удаления ВМК.
ПК-9	67. Методы прерывания беременности во II триместре.
ПК-5	68. Техника простой и расширенной кольпоскопии. Техника прицельной биопсии шейки матки.
ПК-5	69. Техника взятия содержимого влагалища на бактериоскопическое исследование, поверхностного соскоба с шейки матки на онкоцитологическое исследование.
ПК-5	70. Техника осмотра шейки матки с помощью зеркал.

ПК-5	71. Техника бимануального исследования.
------	---

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-12 (ПК-12.1., ПК-12.2., ПК-12.3.), 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 (сегментоядерные нейтрофилы) 45.1%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые 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, энантема 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 (ПК-12)
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 инъекцированы, 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 (сегментоядерные нейтрофилы) 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 $\mu\text{mol} / \text{l}$, 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 (ПК-12).
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) $8.6 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $4.4 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 13.2 g / dL, HCT (гематокрит) 40%, PLT (тромбоциты) $200 \cdot 10^3 / \text{mL}$, СОЭ 26 мм/ч, LYM (лимфоциты) 24.2%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 2%, моноциты 7%, NEUT (сегментоядерные 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 $\mu\text{mol} / \text{l}$, 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. Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: повышена. Желчный пузырь: Контуры ровные. Размеры: 53*18мм. Толщина стенки 2мм. Форма грушевидная. Содержимое (эхоотрицательное). Поджелудочная железа: Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: умеренная. Размеры: головка 25мм. Тело 18мм. Хвост 26мм.

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 (ПК-12).
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, $t 37,6^{\circ}\text{C}$. 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. кнутри 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) $8.2 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $4.5 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 12.2 g / dL, HCT (гематокрит) 41%, PLT (тромбоциты) $190 \cdot 10^3 / \text{mL}$, 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 $\mu\text{mol} / \text{l}$, 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 (ПК-12).

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 umol / 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 (ПК-12).
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° на протяжении 3 недель. Из анамнеза установлено, что около месяца назад переболел гриппом. Отмечалось повышение температуры до 39,6°, 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 1,5см. 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 μmol / 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 (ПК-12).
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 (сегментоядерные 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 umol / 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 (ПК-12).
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 (ПК-12).
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 удлинненным 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 паравертебральных мышц в грудном отделе позвоночника справа.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC $4.5 \cdot 10^3$ / mL, RBC $4.31 \cdot 10^6$ / mL, HGB 12.7 g / dL, HCT 38.6%, PLT $225 \cdot 10^3$ / 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 μ mol / 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) 190H.

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 (ПК-12).

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 (сегментоядерные 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 umol / 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 (XC) 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 (ПК-12).
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 1ФК, 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. кнутри 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/3 голени. 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 (сегментоядерные нейтрофилы) 53%.

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) 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 (ХС) 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 (ПК-12).
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 (эхонегативное). Поджелудочная железа: Контур 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 (ПК-12).
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 1/3 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; $R_{I+III}=22$ 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 $5.5 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC $4.33 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB 12.6g / dL, HCT 40.5%, PLT $224 \cdot 10^3 / \text{mL}$, 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 umol / 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 (эхоотрицательное). 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 (ПК-12).
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 внутри 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 (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) 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 (ПК-12).

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).

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) $7.0 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $8.5 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 12.0g / dL, HCT (гематокрит) 28.7%, PLT (тромбоциты) $290 \cdot 10^3 / \text{mL}$, СОЭ 4.1 мм/ч, LYM (лимфоциты) 36%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 7%, NEUT (сегментоядерные 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 $\mu\text{mol} / \text{l}$, 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 (ПК-12).
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, закуривает после пробуждения через 30 минут. Аллергия к пенициллину, аспирину. Контакта с больными не было. При обследовании: Состояние средней степени тяжести. Температура 37,8°С, 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 (сегменто-ядерные 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 umol / 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 (ПК-12).
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 (сегменто-ядерные 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 umol / 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 (ПК-12).
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°C. 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 среднеключичной 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 паравerteбральных 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 (сегментоядерные нейтрофилы) 52%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / 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 (ПК-12).
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-гноющей мокроты, субфебрилитетом. Обратился в связи с повышением температуры, отделением гноющей 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 удлинненным выдохом, рассеянные свистящие сухие хрипы. ЧД 26 в минуту. Границы относительной тупости сердца левая – от среднеключичной 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/3 голени. 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 (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-94 уд. в минуту. ЭОС вертикальная, нарушения процессов реполяризации в v1, v2, v5, v6, 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 (ПК-12).
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. кнутри 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) $4.2 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $4.1 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 12.0g / dL, HCT (гематокрит) 39.9%, PLT (тромбоциты) $190 \cdot 10^3 / \text{mL}$, СОЭ 10 мм/ч, LYM (лимфоциты) 26.7%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 6%, моноциты 9%, NEUT (сегментоядерные 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 $\mu\text{mol} / \text{l}$, 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 (ПК-12).
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 (кетоновые 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 (ПК-12).

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 $n/3$ 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 (сегменто-ядерные нейтрофилы) 51%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые 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 (ПК-12).
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 (Шоффера). В позе Гротта 1 определяется плотноватый малоболлезненный 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 (ПК-12).
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 Шоффара 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 (сегментоядерные нейтрофилы) 57%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетонотельца) 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. Контур ровный. Эхоструктура однородная. Эхогенность: повышена. Желчный пузырь. Размеры: 68*50мм. Толщина стенки 4мм. Форма грушевидная. Содержимое: взвесь. Поджелудочная железа: Контур неровный, нечеткий. 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 (ПК-12).
 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 (сегменто-ядерные 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 $\mu\text{mol} / \text{l}$, 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 (эхонегативное). 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 (ПК-12).
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 (кетоновые тела) 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: Почки левая: Контуры ровные. Размеры: 105*60мм. Паренхима 19мм. ЧЛС не расширена. Почки 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 (ПК-12).
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 выслушивается, 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 (сегментоядерные нейтрофилы) 57.9%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.005, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / 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) 200Н.

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: Почка левая: Контуры ровные. Размеры: 105*60мм. Паренхима 16мм. ЧЛС расширена. Почка 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 (ПК-12).
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).

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 (сегментоядерные нейтрофилы) 47%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетоновые 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 - один 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 (ПК-12).
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 37,2⁰С, 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 (сегменто-ядерные нейтрофилы) 52.6%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетонные 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 (ПК-12).
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 квадрате 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 (сегментоядерные нейтрофилы) 52,9%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетонотельца) 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 подрытыми 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 (ПК-12).
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. Контактничал 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) $9.5 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $4.26 \cdot 10^6 / \text{mL}$, 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%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) $3.2 \text{ umol} / \text{l}$, 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, энантема мягкого неба.

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 (ПК-12).
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. Неделю назад вернулась из поездки с Италией.

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 инъекцированы. Нос заложен. При осмотре зева - гиперемия слизистой оболочки миндалин, мягкого неба, небных дужек, задней стенки глотки, миндалин «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) $9.8 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $4.26 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 11.7 g / dL, HCT (гематокрит) 40%, PLT (тромбоциты) $188 \cdot 10^3 / \text{mL}$, 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) $3.2 \text{ umol} / \text{l}$, 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 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 (ПК-12).
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 (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 $38,9^{\circ}\text{C}$, 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. – В1. правой молочной железы T2N1M0, 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 $38,2^{\circ}\text{C}$. 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) $9,3 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $4,4 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 13.2 g / dL, HCT (гематокрит) 40%, PLT (тромбоциты) $200 \cdot 10^3 / \text{mL}$, 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 (кетонотельца) Negative, SG (удельный вес) 1.018, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 umol / 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 60мм. Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: повышена. Желчный пузырь: Контуры ровные. Размеры: 53*18мм. Толщина стенки 2мм. Форма грушевидная. Содержимое (эхоотрицательное). Поджелудочная железа: Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: умеренная. Размеры: головка 25мм. Тело 18мм. Хвост 26мм.

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 (ПК-12).

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 39,0⁰С., 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 терапию 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) $10.6 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $5.4 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 13.0 g / dL, HCT (гематокрит) 49%, PLT (тромбоциты) $220 \cdot 10^3 / \text{mL}$, 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 $\mu\text{mol} / \text{l}$, 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 ТОРС (SARS – CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР:

Показатель	Результат	Рефрактерные значение
------------	-----------	-----------------------

Определение РНК коронавируса ТОРС (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 (ПК-12).
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 °С, 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°С, 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. внутри 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) $11.9 \cdot 10^3$ / 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 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 μmol / 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 (ПК-12).
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).

Код компетенций	Задачи по хирургии
ПК-5	<p>Больной, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевого приступа иногда возникает рвота, чувство нехватки воздуха. Симптомы заболевания появились 2 года назад, имеют тенденцию к прогрессированию.</p> <p>При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД — 18 в 1 минуту. Пульс — 76 в 1 минуту, ритмичный. АД — 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p>
ОПК-7, ПК-6	<p>Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечно-ободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны. Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании — следы кала обычной окраски.</p>
ПК-8	<p>Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до 38 С. Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.</p>

	<p>Объективно: состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД — 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят. В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t. При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.</p>
ПК-9	<p>Мужчина 60 лет поступил на 2-й день от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли средней интенсивности внизу живота, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что подобные состояния были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного относительно удовлетворительное, температура нормальная, пульс 90 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» за счет вздутия правой его половины, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу левого бокового канала. Справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не выслушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии – высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, при попытке сделать сифонную клизму удается ввести не более 400 мл жидкости.</p>
ОПК-7, ПК-10	<p>У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии.</p> <p>Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3x4 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.</p>
ПК-5	<p>У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Пища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.</p>
ОПК-7,ПК-6	<p>Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 оС. Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно - кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно - гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тыс. Лейкоцитарный</p>

	индекс интоксикации 6,9.
ПК-8	Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38,0С. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя. Объективно: В области ануса на 5 – 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2х3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь.
ПК-9	Больной 42 лет, грузчик, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы. Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в минуту удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм.рт.ст. В области анального жома на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.
ОПК-7, ПК-10	Больной 40 лет две недели назад был оперирован по поводу огнестрельного ранения брюшной полости с повреждением тонкой кишки. Было выполнено ушивание многочисленных ранений тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. На 8-ые сутки послеоперационного периода по дренажу из правой подвздошной области стало выделяться кишечное содержимое. Количество отделяемого за последние 3 дня стало увеличиваться (до 600 – 800 мл в сутки). Самостоятельный стул. Объективно: язык суховат, живот не вздут, мягкий, болезненный в области ран. Повязка справа промокла кишечным содержимым. Появилась мацерация кожных покровов. Перитонеальных симптомов нет. За последние дни состояние больного ухудшилось. Усилилась слабость, нарастает жажда, теряет в весе, появилась сухость кожного покрова. Пульс – 94 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Нб – 130 г/л. Суточный диурез до 1 литра.
ПК-5	Больной 50 лет поступил в отделение с жалобами на боли в правой половине живота с иррадиацией в поясничную область, учащенное мочеиспускание, резкую слабость. Заболел 3 дня назад, когда внезапно возникли сильные боли в правой поясничной области. Сутки назад появилось учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями мочи, повышение температуры тела до 39-40°, сегодня дважды был озноб. При осмотре больной адинамичен, бледен, температура 39,5°, пульс до 100 уд, в мин., ритмичный, АД 90/50 мм рт.ст. Живот напряжен в правой половине, болезненный в глубине подвздошной области и вверх по боковому каналу. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Пальпируется болезненный полюс правой почки. Симптом Пастернацкого положительный справа. В общем анализе мочи — протеинурия 0,065 г/л, лейкоцитов до 10 в п/зр., эритроцитов до 20-30 в п/зр. В общем анализе крови — лейкоцитов до 15000 со сдвигом влево, СОЭ 45 мм/час. По данным УЗИ определяется уретеропиелозктазия справа, утолщение паренхимы почки, неровность ее контура, гипоехогенное образование в нижнем полюсе почки. На фоне полного мочевого пузыря нельзя исключить конкремент 10 мм в нижней трети мочеточника.
ОПК-7,ПК-6	Больной В., 34 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на незаживающую язву правой голени. В детстве была травма голени – скальпированная рана. В последующем сформировался деформирующий рубец,

	<p>легко травмируемый. Периодически в области рубца образовывалась поверхностная язва, которая закрывалась после лечения мазевыми повязками. Последнее обострение месяц назад — появилась язва в области рубца, размерами до 1 см в диаметре, эффекта от лечения мазевыми повязками нет, язва увеличилась до 3-х см в диаметре, края стали плотными, подрытыми, пальпация безболезненная. В правой паховой области пальпируются два плотных малоподвижных безболезненных узла 1 см и 1,5 см в диаметре.</p>
ПК-8	<p>Больная 49 лет фельдшер скорой помощи на селе, замужем, имеет 2-х детей. Год назад обнаружила в левой молочной железе плотное образование, к специалистам не обращалась до настоящего времени. Отмечает некоторое увеличение опухоли в размерах, неприятных ощущений в молочной железе нет. Общее состояние хорошее, Молочные железы правильной формы, видимой деформации нет. В правой железе картина диффузной мастопатии. В левой – на границе наружных квадрантов пальпируется опухоль округлой формы около 4-х см в диаметре, без четких границ, безболезненная, подвижность ее ограничена, кожа над опухолью не изменена. В левой подмышечной области пальпируется одиночный лимфатический узел, подвижный, эластической консистенции, размерами 1,5x1,0 см. На рентгенограммах молочных желез: двухстороннее, инволютивные изменения, на этом фоне в верхнем наружном квадранте левой молочной железы определяется уплотнение 2x2 см с нечеткими лучистыми контурами. При цитологическом исследовании пунктата левой молочной железы обнаружены единичные разрушенные клетки с некоторыми признаками атипии.</p>
ПК-9	<p>У девушки 17 лет появился болезненный ярко-красный угорь 0,5 см в диаметре на верхней губе слева, в центре его черная точка. С целью ускорения излечения пыталась его выдавить. На второй день увеличилась инфильтрация, поднялась температура до 38С. За медицинской помощью не обращалась еще в течение 6 суток. Принимала аспирин, ампициллин, но состояние прогрессивно ухудшалось. Доставлена в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль преимущественно в затылочной области, оцепенелость затылка, слабость, тошноту, рвоту, высокую температуру, диплопию. Объективно: состояние больной тяжелое. Кожа бледная, температура 39 С. Пульс ритмичный 102 в 1 минуту, артериальное давление 105/70 мм.рт. ст. Одышка в покое до 20-22 в 1 минуту. При пальпации печень выступает из-под края реберной дуги.</p> <p>Местный статус: лицо отечно, слева глаз заплыл, выбухает вперед, глазная щель – 4 мм. В области левой носогубной складки болезненный инфильтрат 1x4 см, распространяющийся к углу глаза, гиперемия, участок некроза 0,2 см расположен левее крыла носа в направлении к левому глазу. При наклоне головы кпереди появляется боль в затылочной области, ригидность затылочных мышц.</p> <p>Осмотр окулиста: слева признаки венозного глазного застоя, ограничение движений глазного яблока, отек соска с застоем и венозными кровоизлияниями.</p>
ОПК-7, ПК-10	<p>В хирургическое отделение районной больницы доставлен мальчик 9 лет с жалобами на резкую боль в правом бедре, потрясающий озноб с повышением температуры до 39,6С, головную боль, рвоту. За пять суток до этого лечился по поводу острого респираторного заболевания. При осмотре состояние тяжелое, лицо бледное, кожа сухая. Пульс 120 в мин., АД 90 и 55 мм.рт. ст. Правая нога полусогнута в коленном суставе, бедро увеличено в объеме на 2 см, кожа незначительно гиперемирована, горячая. Место наибольшей болезненности на передней поверхности нижней трети бедра.</p>
ПК-5	<p>Больной 15 лет предъявляет жалобы на неотхождение стула и газов, боли в животе постоянного характера. Из анамнеза установлено, что с раннего детства больной вынужден прибегать к ежедневным очистительным клизмам, чтобы</p>

	<p>добиться стула. В силу сложившихся обстоятельств (находился в поезде) добиться стула не удавалось в течение 3 суток. Объективно: Язык влажный. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный по ходу ободочной кишки. Перитонеальных симптомов нет. Шум плеска не выслушивается. При ректальном исследовании: Тонус сфинктера повышен, ампула пуста.</p>
ОПК-7,ПК-6	<p>Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 – 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой нижней конечности бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить на бедренной артерии в паховой области (ослаблен) и на подколенной артерии слева, где он резко ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.</p>
ПК-8	<p>У женщины 27 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно час назад возникли сильные боли в правой стопе и голени. К моменту осмотра интенсивность болей усилилась. Кожные покровы дистальных отделов правой ноги бледные, холодные на ощупь. Пальпация стопы и голени болезненна. Активные движения стопы ограничены, пассивные – в полном объеме. Тактильная и проприоцептивная чувствительность снижены. Пульсация правой бедренной артерии под паупертовой связкой усилена, на остальных уровнях – отсутствует.</p>
ПК-9	<p>Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 0С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.</p>
ОПК-7, ПК-10	<p>У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7 0С, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии мужчины не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.</p>
ПК-5	<p>Больной 60 лет поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, рвоту. Данные жалобы в течение 2 дней. Последние 5 месяцев отмечает запоры и затруднение в акте дефекации, кал с примесью слизи и гноя. При осмотре живот вздут, асимметричен. Видна перистальтика во время схваткообразных болей. При пальпации определяется болезненность в левой мезо -гипогастральной области, где определяется плотное, бугристое образование размерами 8 х 6 см. Рентгенологически определяются чаши Клойбера. Ампула прямой кишки пуста, анальное отверстие зияет.</p>
ОПК-7,ПК-6	<p>Больной 20 лет доставлен в клинику с жалобами на резчайшие схваткообразные боли по всему животу, многократную рвоту. Из анамнеза: боли возникли 2 часа назад, интенсивность их постепенно нарастала, боли вне схваткообразного приступа полностью не исчезали. Больной при осмотре бледен. Покровы холодным липким потом, ЧСС 90 в минуту, АД 100/60 мм рт ст. Живот не вздут,</p>

	во время болевого приступа видна перистальтика, кишечные шумы выслушиваются на расстоянии. Симптомов раздражения брюшины нет. Рентгенологически выявляется газовый пузырь в желудке. Уровней нет.
ПК-8	У женщины 40 лет при колоноскопии выявлен полип прямой кишки на ножке, диаметром 1 см. произведена электроэксцизия полипа. Послеоперационный период без особенностей. При гистологическом исследовании обнаружены клетки аденокарциномы.
ПК-9	У мужчины 60 лет при колоноскопии выявлена опухоль верхней трети прямой кишки на расстоянии 12см от кожно –анальной линии, блюдцеобразной формы, диаметром 3 см. При гистологическом исследовании – умеренно дифференцированная аденокарцинома. При дальнейшем обследовании отдаленных метастазов не выявлено.
ОПК-7, ПК-10	Женщина 70 лет госпитализирована в стационар в тяжелом состоянии, с жалобами на слабость, тошноту, многократную рвоту кишечным содержимым. Пациентка отмечает похудание на 10 кг за 6 мес. При осмотре: живот равномерно вздут, мягкий, болезненный при пальпации во всех отделах. В правом мезогастррии определяется опухолевидное образование размерами до 10 см., не смещаемое, без четких границ, симптом Склярова положительный. В анализах: гемоглобин 98 г/л, лейкоцитоз до 14,0*10 ⁹ /л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, билирубин 18 ммоль/л, амилаза 70 ед/л. При рентгенографии органов брюшной полости –множественные тонкокишечные арки.
ПК-5	У пациентки при обследовании выявлена опухоль восходящей части ободочной кишки и опухоль верхней трети прямой кишки. При биопсии – высокодифференцированная аденокарцинома. Данных за отдаленное метастазирование не получено
ОПК-7,ПК-6	Больной К., 22 лет, Доставлен бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии, через 40 минут от момента получения ранения острым предметом в левуюполовину грудной клетки. АД-90/60, пульс 110 в минуту, кожа бледная, частота дыхания 22в минуту, тоны сердца приглушены. На рентгенограмме грудной клетки данных за гидро-и пневмоторакс не выявлено, тень сердца несколько расширена, сердечная талия сглажена. Нв-105г/л. Местный статус: в 5-ом межреберье по средней ключичной линии слева имеется колотая рана 0,6х 0,2 см без активного кровотечения.
ПК-8	Больной А.,46 лет, поступил с колото-резанным ранением правой половины грудной клетки через 4 часа от момента ранения. АД-110/70 мм рт.ст., пульс 96 в минуту. Перкуторно укорочение звука в нижних отделах грудной клетки справа, выше коробочный звук, здесь же аускультативно ослабление дыхания. При рентгеноскопии гемо-пневмоторакс справа, легкое коллабировано на ½ объема без смещения средостения. Местный статус: в 5-ом межреберье по средней подмышечной линии справа колото-резанная рана размерами 1,0х0,4 см без активного кровотечения. Больному произведена пункция правой плевральной полости, при этом эвакуировано до 450 мл крови.
ПК-9	Больной 36 лет, поступил в хирургическую клинику с диагнозом: язвенная болезнь ДПК. В анамнезе язвенная болезнь ДПК в течение 10 лет. При обследовании обнаружена язва желудка и ДПК. При исследовании желудочной секреции имеет место непрерывное кислотообразование высокой интенсивности. Учитывая длительность заболевания и малую эффективность проводимойконсервативной терапии принято решение оперировать больного
ОПК-7, ПК-10	Во время операции по поводу острого флегмонозного холецистита, хирург отметил, что ширина холедоха -15 мм, в нем пальпаторно определяются 2 конкремента. При интраоперационной холангиографии отмечен хороший сброс

контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. После удаления желчного пузыря из культи пузырного протока выделилась мутная желчь с хлопьями фибрина.

Задачи

Ситуационная задача 1

У больной 38 лет 2 года назад была обнаружена миома матки величиной с 8-9 недельную беременность. С этого времени стали обильными менструации, участилось мочеиспускание, по 3-4 дня не бывает стула. При очередном осмотре обнаружена опухоль, величиной с 16-17 недельную беременность. Шейка деформирована, с множественными OvuliNabothi. Общее состояние удовлетворительное.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Какие инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
5. Какие методы оперативного лечения можно использовать при данной патологии? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 2

Больная 37 лет поступила с жалобами на боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками в течение 2х недель, слабость, головокружение. Пульс 87 ударов в минуту, АД 110/70. Кожные покровы бледные. При вагинальном осмотре обнаружено: матка увеличена до 10-11 недель беременности, плотная, бугристая, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Выделения обильные темного цвета со сгустками.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
5. Какой объем оперативного вмешательства можно использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 3

Больная 42 лет поступила в стационар с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до 39°. Из анамнеза: менструации с 15 лет, всегда обильные, последняя менструация в срок, без особенностей, закончилась 2 дня назад. В 38 лет была впервые диагностирована миома матки (7-8 недель беременности). Б-8, Р-2, А-6. : Заболела 3 дня назад: появились ноющие боли внизу живота, озноб, подъем температуры тела до 39°. Общее состояние относительно удовлетворительное, Нв-110 г/л, Лейк-14000, СОЭ-37 мм/час. При вагинальном осмотре: шейка матки цилиндрическая, чистая, матка увеличена до 13-14 недель беременности, бугристая, болезненная, особенно по левому ребру матки, выделения скудные, слизистые.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
5. Какой объем оперативного вмешательства необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 4

Больная 36 лет. В анамнезе 4 медицинских аборта без осложнений. Заболела остро: на фоне задержки менструации в течении 3-х недель резко появились боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. Бледная, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40. Живот мягкий, в нижних отделах болезненный, выражен симптом Щеткина. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. Движения шейки матки резко болезненны. Четко пропальпировать тело матки и

ее придатки не удается. Выбухание и резкая болезненность заднего свода. Выделений из половых путей нет.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием можно дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
5. Какой объем лечебных мероприятий необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 5

Больная 26 лет. Задержка менструации на 3 недели. Был произведен аборт по желанию. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсинок хориона. После выскабливания кровяные выделения из половых путей продолжались.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием можно дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
5. Какой объем оперативного вмешательства необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 6

У женщины 36 лет при профилактическом осмотре выявлены двусторонние опухоли яичников, размерами 6х8х8см и 6х6х6см тугоэластической консистенции, чувствительные при пальпации, подвижные. Матка обычных размеров в anteflexioversio. Никаких жалоб больная не предъявляет.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5 ПК-6)
2. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Какие осложнения возможны при доброкачественных опухолях яичника. (ПК-6)
5. Какой объем лечебных мероприятий необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 7

Больная 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ациклические кровянистые выделения в течение месяца. Рост 155 см, вес 112 кг. В анамнезе сахарный диабет в течение 7 лет, гипертоническая болезнь. АД 180/110. При гинекологическом исследовании обнаружено: шейка, тело матки и область придатков с обеих сторон без особенностей, выделения кровянистые обильные со сгустками. С гемостатической и диагностической целью было произведено раздельное диагностическое выскабливание. Соскоб отправлен на гистологию. Результат гистологического исследования: атипичная пролиферация эндометрия.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5 ПК-6)
2. Факторы риска и осложнения при данной патологии. (ПК-1)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Какой объем лечебных мероприятий необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)
5. Реабилитация в послеоперационном периоде (ОПК-8, ПК-14)

Ситуационная задача 8

Во время искусственного медицинского аборта при сроке беременности 8 недель произведена перфорация матки расширителем Гегара в области дна. Состояние больной хорошее. Пульс 72 удара в минуту. Признаков внутреннего кровотечения и раздражений брюшины нет.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5 ПК-6)
2. Факторы риска и осложнения при данной патологии. (ПК-1)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Лечебная тактика у данной пациентки? (ПК-8)
5. Реабилитация в послеоперационном периоде (ОПК-8, ПК-14)

Ситуационная задача 9

Во время профосмотра у девушки 18 лет при ректальном исследовании: матка маленькая, подвижная, болезненная, левые придатки не изменены, справа и спереди от матки пальпируется опухолевидное образование неравномерной плотноэластичной консистенции, подвижное, чувствительное при пальпации, размерами 6х8х8 см.

Жалоб не предъявляет. Отклонений со стороны других органов и систем не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5 ПК-6)
2. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Лечебная тактика у данной пациентки? (ПК-8)
5. Профилактика данного заболевания. (ПК-1)

Ситуационная задача 10

Больная 26 лет поступила в гинекологическое отделение 03.11. с жалобами на боли в области наружных половых органов, неловкость при ходьбе, повышение температур до 38,9. Боли появились 4 дня назад, связывает с переохлаждением. В анамнезе гинекологические заболевания отрицает. При поступлении состояние удовлетворительное, температура тела 37,5°C. При гинекологическом осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование размером 4х3 см, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, при пальпации определяется флюктуация. Влагиалищный осмотр невозможен из-за резкой болезненности наружной половой губы.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5 ПК-6)
2. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования? (ПК-5, ПК-8)
4. Лечебная тактика у данной пациентки? (ПК-8)
5. Профилактика данного заболевания. (ПК-1)

Ситуационная задача 11

Больная 38 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота. В анамнезе: Б-2, Р-1, А1, миома матки в течении 10 лет. При вагинальном осмотре: шейка матки цилиндрическая, чистая, матка увеличена до 11-12 недель беременности, плотной консистенции, бугристая, болезненная. Придатки матки из-за резкой болезненности передней брюшной стенки пропальпировать не удалось. Выделения из половых путей скудные, бели. Своды свободные, не нависают. В срочном порядке взята в операционную: величина матки соответствует 11-12 неделям беременности. Обнаружено, что один из узлов, субсерозно расположенный на задней стенке матки, сине-багрового цвета, остальные узлы без видимых изменений.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки (ПК-10, ПК-11).
5. Какой объем оперативного вмешательства необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9).

Ситуационная задача 12

Больная 25 лет поступила в клинику с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры до 37,6. Из

анамнеза. Неделю назад была введена внутриматочная спираль. Через три дня появились вышеописанные симптомы. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, умеренно болезненный над лоном. При вагинальном осмотре: в цервикальном канале визуализируются усики ВМС, тело матки незначительно увеличено, умеренно болезненное при пальпации, область придатков пастозная, чувствительные при пальпации. Врач порекомендовал провести а\б терапию.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
5. Принципы назначения антибактериальной и противовоспалительной терапии. (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 13

Больная 20 лет в экстренном порядке взята в операционную с предварительным диагнозом: разрыв кисты правого яичника. При ревизии органов малого таза: разрыв эндометриоидной кисты правого яичника. В полости малого таза около 100 мл «шоколадного» содержимого. Произведена резекция яичника. На 7 сутки больная была выписана из стационара без рекомендаций о дальнейшем наблюдении и лечении.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
5. Реабилитация в послеоперационном периоде. (ОПК-8, ПК-14)

Ситуационная задача 14

Пациентке 19 лет выставлен диагноз эрозия шейки матки. При вагинальном осмотре: шейка коническая, на задней губе шейки матки на 6 часах визуализируется эрозия, тело матки нормальных размеров, anteversioflexio, плотное, подвижное? безболезненное. Область придатков с обеих сторон не определяется. Выделения слизистые. Проведена кольпоскопия, взяты мазки на онкоцитологию.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Тактика ведения у данной пациентки. (ПК-8)
5. Профилактические мероприятия при данной патологии. (ПК-1)

Ситуационная задача 15

Больная 36 лет поступила в отделение гинекологии на плановое оперативное лечение по поводу кисты правого яичника. Во время операции при ревизии органов брюшной полости обнаружена киста правого яичника размерами в диаметре до 6 см в серозном содержимом. В области дна матки субсерозный узел на длинной ножке, по задней стенке 2 узла диаметром 2,5 см, расположенных интерстициально и субсерозно.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Тактика ведения у данной пациентки и объём оперативного вмешательства. (ОПК-7, ПК-8, ПК-9)
5. Профилактические мероприятия при данной патологии. (ПК-1)

Ситуационная задача 16

Больная 26 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные месячные и сукровичные скудные выделения в течение 3-4 дней после месячных. Больной себя считает в

течение года, когда после мед. аборта, осложнившегося метроэндометритом, появились вышеуказанные симптомы. Перенесенные заболевания: аппендэктомия, ОРЗ, хронический гепатохолестит. Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последний год - менструации стали по 6-7 дней, обильные, болезненные в первый день. Последние месячные 10 дней назад в срок. Половая жизнь с 19 лет, брак первый, зарегистрирован. Роды одни, 4 мед. аборта, последний год назад. Состояние удовлетворительное, пульс 72 в мин, ритмичный, АД 120/80, температура 36,0°. Со стороны сердца, дыхательной, мочевыделительной систем патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При вагинальном осмотре: слизистая влагалища и шейки матки чистая, выделения слизистые, тело матки несколько увеличено, плотноватой консистенции, с ровными контурами, придатки не определяются.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Принципы назначения антибактериальной и противовоспалительной терапии. (ОПК-7, ПК-9)
5. Методы профилактики обострения воспалительного процесса матки. (ПК-1)

Ситуационная задача 17

Больная 29 лет была доставлена машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота в течение 6 часов. Заподозрено наличие перекрута ножки кисты и в экстренном порядке больной произведена лапаротомия. При ревизии органов малого таза обнаружен перекрут ножки кисты на 360°, в состав которой вошли - анатомическая ножка, труба, большой сальник. Цвет ножки обычный, хирург, раскрутив ножку, освободил трубу и сальник и удалил кисту путем пересечения анатомической ножки опухоли.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Оцените тактику врача. (ПК-8)
5. Какое грозное осложнение можно ожидать у данной пациентки. (ПК-6)

Ситуационная задача 18

Машиной скорой помощи в гинекологическое отделение доставлена больная 32 лет, с жалобами на боли внизу живота, появившиеся после месячных, температура 38,8°. При осмотре найден гнойный эндоцервицит, острый метроэндометрит, 2-х сторонний аднексит. Врач, подозревая наличие восходящей гонореи, назначает противовоспалительную терапию и комбинированную провокацию пирогеналом с инстилляциями протаргола.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Оцените тактику врача. (ПК-8)
5. Какое грозное осложнение можно ожидать у данной пациентки. (ПК-6)

Ситуационная задача 19

Больная 28 лет поступила в клинику 12.10. с жалобами на отсутствие менструации, бесплодие в течении 2-х лет. Менструации не было ни разу. Женщина из двойни, в детстве росла здоровой, у сестры-близнеца менструация с 15 лет, по 3-4 дня, через 28 дней. Сестры внешне совершенно не похожи. Половой жизнью живет с 25 лет, не предохраняется, беременностей не было. В течении года получала циклическую гормональную терапию. После каждого цикла были скудные кровянистые выделения, продолжающиеся в течение 3-х дней. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рост высокий, 176 см, питание повышенное, масса тела 82 кг. Наибольшее отложение жира в области бедер и живота. Молочные железы

конической формы, околососковый кружок не пигментирован, сосок не возвышается. Гинекологический статус: наружные половые органы гипотрофичны, оволосение скудное. При вагинальном осмотре: шейка матки конической формы, длинная, зев точечный, выделения скудные, слизистые, симптом "зрочка" отрицательный, тело матки в anteversioflexio маленькое, шейка плотная, в 2 раза длиннее матки. Придатки не определяются. Своды и параметрии свободны.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска при данной патологии. (ПК-1)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения данной пациентки в условиях женской консультации. (ПК-8)

Ситуационная задача 20

К врачу женской консультации обратилась женщина 22 лет, с жалобами на отсутствие беременности в течение 2-х лет регулярной половой жизни. Из анамнеза выяснено: первые месячные с 14 лет, регулярные, скудные, безболезненные, гинекологические заболевания отрицает. При вагинальном осмотре: шейка матки конической формы, длинная, зев точечный, тело матки в anteversioflexio нормальных размеров, придатки не увеличены, подвижные, безболезненные, выделения из половых путей скудные, слизистые. Своды и параметрии свободны.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 21

Больная 25 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на нерегулярные месячные, бесплодие, повышенное оволосение над верхней губой и подбородке. Из анамнеза выяснено: первые месячные с 14 лет, до настоящего времени не установились, приходят с задержками от 3 до 6 месяцев, скудные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Брак зарегистрирован. Муж здоров. Сперма фертильна. От беременности не предохранялась. Беременностей не было. Наследственность не отягощена. Молочные железы развиты слабо. Ореолы мало пигментированы, вокруг них одиночные грубые волоски. Над верхней губой, на подбородке, по задним поверхностям бедер, на голенях повышенный рост волос. При вагинальном осмотре: оволосение по мужскому типу, наружные половые органы сформированы правильно, шейка конической формы, зев точечный, выделения из половых путей скудные, слизистые, тело матки меньше нормальных размеров, плотное, отклонено кпереди, подвижное, безболезненное. С обеих сторон определяются увеличенные яичники, справа 6x5x3 см, слева 5x4x3 см. Своды и параметрии свободны.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 22

Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию по поводу первичного бесплодия (2 года) до – и послеменструальных коричневых выделений из половых путей, продолжающихся 3-4 дня. При вагинальном осмотре: матка в антеверзии, антефлексии, несколько увеличена, неравномерной консистенции. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. На УЗИ-матка округлой формы, отмечается утолщение задней стенки, эндометрий неоднородный,

«пестрый» с очагами диффузной неоднородности.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 23

Больная 36 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной около года, когда впервые нарушился менструальный цикл: месячные стали длительными по 8 дней, затем удлинились до 10 дней. Не лечилась. Последние 3 месяца месячные стали очень обильными, ощущает слабость, головокружение. Обратилась в женскую консультацию, сразу же была направлена на стационарное лечение и обследование. В анализе крови, содержание гемоглобина-80,0 г/л. При вагинальном осмотре: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки цилиндрическая, чистая, выделения из половых путей умеренные, кровянистые, зев закрыт, тело матки увеличено до 15 недель беременности за счет множества узлов диаметром от 2 до 5 см, плотное, ограничено подвижное, придатки слева и справа не увеличены.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения и объём оперативного вмешательства у данной пациентки. (ОПК-7, ПК-8, ПК-9)

Ситуационная задача 24

Больная 26 лет поступила 18.09. с жалобами на непостоянные ноющие боли внизу живота, пояснице. Больной себя считает в течение 2 лет, когда после медицинского аборта было воспаление придатков, лечилась 2 недели в стационаре. Перенесенные заболевания: аппендэктомия в детстве, ангина. Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные 10.09 в срок. Половая жизнь с 22 лет, брак 1, зарегистрирован, роды I в 1995 году, медицинский аборт I. От беременности не предохраняется. При поступлении живот при пальпации мягкий, безболезненный. При вагинальном осмотре слизистая влагалища и шейки матки чистая, выделения слизистые, тело матки нормальной величины и консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон тяжистые, плотные, умеренно болезненные.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 25

Больная 36 лет поступила в клинику с жалобами на боли внизу живота тупого характера, аменорею в течении 3-х лет, бесплодие. Анамнез: в детстве перенесла туберкулезный плеврит. Отец был болен туберкулезом легких. Месячные с 14 лет, скудные, болезненные, через 1,5-2 месяца. Последние месячные 3 года назад. Замужем с 18 лет, беременностей не было. При исследовании легких, сердца патологии не выявлено. При вагинальном осмотре: шейка конической формы, выделения скудные, бели, матка нормальных размеров, слегка болезненная, ограничена в подвижности. Справа в области придатков определяется плотное образование, малоподвижное, безболезненное, размером 10x8x7 см, подобное образование и слева размером

6x5x4 см. Проведена проба Коха, оказалась положительной. При ГСГ обнаружено, что полость матки деформирована, имеются дефекты наполнения, трубы четкообразной формы, непроходимы. Произведено диагностическое выскабливание полости матки: соскоб крошковидный скудный, гистологически найдены туберкулезные бугорки.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)
3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
5. Тактика ведения и прогноз для репродуктивной функции у данной пациентки. (ПК-1, ПК-8)

Ситуационная задача 26

Больная 42 лет находится в гинекологическом отделении второй день. Накануне по поводу родившегося субмукозного узла произведена консервативная миомэктомия, во время операции и в конце кровотечения не было. Через 6 часов появились вначале мажущие, а затем умеренные кровянистые выделения. Дежурным врачом, осмотревшим больную, было назначено дополнительно сокращающие матку средства. После чего кровянистые выделения уменьшились. Утром кровянистые выделения усилились, появились схваткообразные боли внизу живота. Была взята в смотровую комнату. При вагинальном осмотре: наружный зев зияет, тело матки диффузно увеличено до 10-11 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки не определяются. Выделения из половых путей умеренные, кровянистые. Своды и параметрии свободные, зев пропускает палец, за зевом определяется полюс плотного образования. При исследовании кровотечение увеличилось.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Оцените тактику врача. (ПК-8)
5. Какой объем оперативного вмешательства необходим данной пациентке. (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 27

У больной 27 лет на профосмотре выявлена псевдоэрозия, сочетающаяся с неспецифическим гнойным эндоцервицитом (обследована с бак. посевом). В течение 2-х недель проведено лечение эндоцервицита с использованием местных и общих методов лечения, аутогемотерапией, в течение следующих 10 дней назначены тампоны с медом. При контрольном осмотре вновь обнаружена псевдоэрозия прежней величины. Врач назначает курс тампонов с облепиховым маслом на 2 недели.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)
3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
5. Оцените тактику лечения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 28

К врачу женской консультации обратилась женщина 52 лет с жалобами на появившиеся кровянистые выделения после половых сношений. Анамнез: в течение 2-х последних лет у женщины отсутствуют месячные, а из перенесенных гинекологических заболеваний отмечала наличие железистого полипа шейки матки 4 года назад, который был удален в женской консультации. При вагинальном осмотре вновь обнаружен полип цервикального канала, легко кровоточащий при дотрагивании.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)
3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут

уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 29

Больная Т., 46 лет поступила на оперативное лечение по поводу кисты левого яичника. Анамнез: менструальная функция регулярная, Б-0, хронический сальпингоофорит. Киста яичника обнаружена 8 месяцев тому назад. Была направлена на хирургическое лечение, от которого пациентка решила воздержаться. В последние 2 года был установлен диагноз аденомиоза, эндометриозной кисты яичника. Предлагалось оперативное лечение, от которого больная отказывалась. При госпитализации в стационар у больной имели место признаки раздражения брюшины. При вагинальном осмотре: шейка матки чистая, коническая, матка увеличена до 7-8 недель беременности, ограниченно подвижная, болезненная, слева определяется ограниченно подвижная опухоль размером 9x10 см, плотноватой консистенции, болезненная, справа в области придатков определяется опухоль размером 6x7 см. плотной консистенции, бугристая, болезненная.

Установлен диагноз двухсторонние кисты яичников, перекрут ножки кисты. Сделана срочная лапаротомия. Обнаружен перекрут ножки кисты левого яичника, ретроцервикальный эндометриоз, аденомиоз, опухоль правого яичника. На разрезе опухоли яичников содержат сосочковые разрастания. Произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками. Гистологический диагноз - рак яичников. Послеоперационный период без осложнений.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. Оценить тактику ведения данной пациентки. (ПК-8)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Реабилитация больной в послеоперационном периоде. (ОПК-8, ПК-14)

Ситуационная задача 30

Больная Р. 25 л. Обратилась в ж/к по поводу обильных гнойных выделений из половых путей, зуд, чувство жжения.

Анамнез: менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 22 лет в браке. Родов - 2, аборт - 2. Контрацепция - гормональные таблетки.

При вагинальном осмотре: слизистая влагалища гиперемирована, выделения жидкие, гнойные, пенные, шейка цилиндрическая, гиперемирована, своды свободны, матка в anteversio, не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. В мазке из влагалища на степень чистоты выявлены трихомонады.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 31

Больная К. 60 лет, поступила с жалобами на ощущение тяжести внизу живота, бели, чувство инородного тела во влагалище, недержание мочи и газов при кашле и чихании. Анамнез: менопауза 10 лет. Б - 7, Р - 4, А - 3. Данные жалобы беспокоят в течении 3-х лет. При вагинальном осмотре: половая щель зияет, передняя и задняя стенки влагалища в состоянии полного выпадения, шейка рубцово изменена, матка маленькая, чрезмерно подвижная, безболезненная, придатки не определяются.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут

уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Какой объем оперативного вмешательства у данной пациентки. (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 32

Больная В. 16 л., поступила в гинекологическое отделение на скорой помощи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, рвоту. Анамнез: заболела внезапно, появились острые боли в животе, рвота. Менструальная функция с 14 лет, регулярная, последние месячные 2 недели тому назад, в срок. Половой жизнью не живет.

Состояние при поступлении средней тяжести. АД 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы обычной окраски, пульс 100 уд.в мин. ритмичный. Живот не увеличен, болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины преимущественно в нижнем отделе.

Гинекологический статус: наружные гениталии развиты правильно, девственная плева кольцевидная, не нарушена. Исследование perrectum: матка в retroversio, не увеличена, подвижна, болезненна, справа от матки определяются объемное образование размером 9x10 мм, болезненное плотно-эластической консистенции, ограничено подвижное, слева придатки не определяются. УЗИ - киста правого яичника.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Какой объем оперативного вмешательства у данной пациентки. (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 33

Больная З. 14 л., поступила в гинекологическое отделение с сильными болями внизу живота, которые повторяются ежемесячно в течение последних трех месяцев. Месячных не было. Половой жизнью не живет. При объективном исследовании общее состояние относительно удовлетворительное. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезненный в нижнем отделе, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, имеется умеренно выраженное оволосение на лобке. Слизистая преддверия влагалища бледно-розового цвета, девственная плева сплошная, не имеет отверстий, выпячена, синюшного цвета. Ректо - абдоминальное исследование: передняя стенка прямой кишки выпячена, через нее определяется туго-эластичное объемное образование размером 8x10 см, матка в anteversioflexio, неболезненное, нормальной консистенции, подвижное. Придатки не определяются.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика лечения. (ПК-8)

Ситуационная задача 34

Больная С. 31 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 39,0, слабость.

Анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, последняя неделю тому назад. Половая жизнь с 20 лет в браке, Б - 4, Р - 1, А - 3. Последний аборт был 4 месяца тому назад, при сроке беременности 9 недель, осложнился острым воспалением придатков, прошла лечение в стационаре в течение 2 недель, была выписана в удовлетворительном состоянии. После выписки беспокоило недомогание, слабость, периодическое повышение температуры. К врачам не обращалась, продолжала работать. Состояние при поступлении средней тяжести. Температура 39,0, пульс 110 уд.в мин, ритмичный. Кожные покровы гиперемированы. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот умеренно вздут, напряжен, выраженные симптомы раздражения брюшины.

При вагинальном осмотре: влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрическая, вокруг наружного зева – зона эктопии, задний свод уплощен, матка в anteversio **резко** болезненна при движении, в области придатков через боковые своды пальпируются объемные образования резко болезненные, из половых путей - гноевидные выделения.

Произведена пункция заднего свода - получено 10 мл жидкого гноя.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)
3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
5. Какие лечебные мероприятия и объём оперативного вмешательства необходимы данной пациентке. (ОПК-7, ПК-9)
6. Реабилитация данной пациентки ? (ОПК-8, ПК-14)

Ситуационная задача 35

Больная Т. 17 лет, поступила на медицинский аборт. Анамнез: месячные с 12 лет регулярные, последние 2,5 месяца тому назад. Половая жизнь с 16 лет вне брака. Беременность первая нежеланная. Состояние при поступлении удовлетворительное. Экстрагенитальные заболевания не выявлены.

При вагинальном осмотре: влагалище нерожавшей, шейка коническая, чистая, матка anteversio увеличена до 9-10 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненна, придатки не определяются, выделения из половых путей скудные, слизистые.

Анализ крови, мочи, мазков без патологических отклонений.

В день поступления сделали медицинский аборт методом выскабливания полости матки под внутривенным наркозом. При выскабливании врач ощутил чувство провала. Был установлен диагноз перфорация матки.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. Причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-8)
4. Какой объём оперативного вмешательства у данной пациентки. (ОПК-7, ПК-9)
5. Реабилитация в условиях женской консультации. (ОПК-8, ПК-14)

Задачи

Ситуационная задача 1

У больной 38 лет 2 года назад была обнаружена миома матки величиной с 8-9 недельную беременность. С этого времени стали обильными менструации, участилось мочеиспускание, по 3-4 дня не бывает стула. При очередном осмотре обнаружена опухоль, величиной с 16-17 недельную беременность. Шейка деформирована, с множественными Ovuli Nabothi. Общее состояние удовлетворительное.

6. Ваш предположительный диагноз и его обоснование (ПК-5, ПК-6)
7. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
8. Какие лабораторные методы исследования помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
9. Какие инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
10. Какие методы оперативного лечения можно использовать при данной патологии? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 2

Больная 37 лет поступила с жалобами на боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками в течение 2х недель, слабость, головокружение. Пульс 87 ударов в минуту, АД 110/70. Кожные покровы бледные. При вагинальном осмотре обнаружено: матка увеличена до 10-11 недель беременности, плотная, бугристая, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Выделения обильные темного цвета со сгустками.

6. Ваш предположительный диагноз и его обоснование (ПК-5, ПК-6)

7. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
8. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
9. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
10. Какой объем оперативного вмешательства можно использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 3

Больная 42 лет поступила в стационар с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до 39°. Из анамнеза: менструации с 15 лет, всегда обильные, последняя менструация в срок, без особенностей, закончилась 2 дня назад. В 38 лет была впервые диагностирована миома матки (7-8 недель беременности). Б-8, Р-2, А-6. : Заболела 3 дня назад: появились ноющие боли внизу живота, озноб, подъем температуры тела до 39°. Общее состояние относительно удовлетворительное, Нв-110 г/л, Лейк-14000, СОЭ-37 мм/час. При вагинальном осмотре: шейка матки цилиндрическая, чистая, матка увеличена до 13-14 недель беременности, бугристая, болезненная, особенно по левому ребру матки, выделения скудные, слизистые.

6. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
7. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
8. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
9. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
10. Какой объем оперативного вмешательства необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 4

Больная 36 лет. В анамнезе 4 медицинских аборта без осложнений. Заболела остро: на фоне задержки менструации в течении 3-х недель резко появились боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. Бледная, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40. Живот мягкий, в нижних отделах болезненный, выражен симптом Щеткина. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. Движения шейки матки резко болезненны. Четко пропальпировать тело матки и ее придатки не удается. Выбухание и резкая болезненность заднего свода. Выделений из половых путей нет.

6. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
7. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
8. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
9. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
10. Какой объем лечебных мероприятий необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 5

Больная 26 лет. Задержка менструации на 3 недели. Был произведен аборт по желанию. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсинок хориона. После выскабливания кровяные выделения из половых путей продолжались.

6. Ваш предположительный диагноз и его обоснование (ПК-5, ПК-6)
7. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
8. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
9. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
10. Какой объем оперативного вмешательства необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 6

У женщины 36 лет при профилактическом осмотре выявлены двусторонние опухоли яичников, размерами 6х8х8см и 6х6х6см тугоэластической консистенции, чувствительные при

пальпации, подвижные. Матка обычных размеров в anteflexioversio. Никаких жалоб больная не предъявляет.

6. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5 ПК-6)

7. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

8. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

9. Какие осложнения возможны при доброкачественных опухолях яичника. (ПК-6)

10. Какой объем лечебных мероприятий необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 7

Больная 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ациклические кровянистые выделения в течение месяца. Рост 155 см, вес 112 кг. В анамнезе сахарный диабет в течение 7 лет, гипертоническая болезнь. АД 180/110. При гинекологическом исследовании обнаружено: шейка, тело матки и область придатков с обеих сторон без особенностей, выделения кровянистые обильные со сгустками. С гемостатической и диагностической целью было произведено раздельное диагностическое выскабливание. Соскоб отправлен на гистологию. Результат гистологического исследования: атипичная пролиферация эндометрия.

6. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5 ПК-6)

7. Факторы риска и осложнения при данной патологии. (ПК-1)

8. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

9. Какой объем лечебных мероприятий необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9)

10. Реабилитация в послеоперационном периоде (ОПК-8, ПК-14)

Ситуационная задача 8

Во время искусственного медицинского аборта при сроке беременности 8 недель произведена перфорация матки расширителем Гегара в области дна. Состояние больной хорошее. Пульс 72 удара в минуту. Признаков внутреннего кровотечения и раздражений брюшины нет.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5 ПК-6)

2. Факторы риска и осложнения при данной патологии. (ПК-1)

3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

4. Лечебная тактика у данной пациентки? (ПК-8)

5. Реабилитация в послеоперационном периоде (ОПК-8, ПК-14)

Ситуационная задача 9

Во время профосмотра у девушки 18 лет при ректальном исследовании: матка маленькая, подвижная, болезненная, левые придатки не изменены, справа и кпереди от матки пальпируется опухолевидное образование неравномерной плотноэластичной консистенции, подвижное, чувствительное при пальпации, размерами 6х8х8 см.

Жалоб не предъявляет. Отклонений со стороны других органов и систем не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5 ПК-6)

2. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

4. Лечебная тактика у данной пациентки? (ПК-8)

5. Профилактика данного заболевания. (ПК-1)

Ситуационная задача 10

Больная 26 лет поступила в гинекологическое отделение 03.11. с жалобами на боли в области наружных половых органов, неловкость при ходьбе, повышение температур до 38,9. Боли появились 4 дня назад, связывает с переохлаждением. В анамнезе гинекологические заболевания отрицает. При поступлении состояние удовлетворительное, температура тела

37,5°C. При гинекологическом осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование размером 4х3 см, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, при пальпации определяется флюктуация. Влагалищный осмотр невозможен из-за резкой болезненности наружной половой губы.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5 ПК-6)
2. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования? (ПК-5, ПК-8)
4. Лечебная тактика у данной пациентки? (ПК-8)
5. Профилактика данного заболевания. (ПК-1)

Ситуационная задача 11

Больная 38 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота. В анамнезе: Б-2, Р-1, А1, миома матки в течении 10 лет. При вагинальном осмотре: шейка матки цилиндрическая, чистая, матка увеличена до 11-12 недель беременности, плотной консистенции, бугристая, болезненная. Придатки матки из-за резкой болезненности передней брюшной стенки пропальпировать не удалось. Выделения из половых путей скудные, бели. Своды свободные, не нависают. В срочном порядке взята в операционную: величина матки соответствует 11-12 неделям беременности. Обнаружено, что один из узлов, субсерозно расположенный на задней стенке матки, сине-багрового цвета, остальные узлы без видимых изменений.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки (ПК-10, ПК-11).
5. Какой объем оперативного вмешательства необходимо использовать у данной пациентки? (ОПК-7, ПК-9).

Ситуационная задача 12

Больная 25 лет поступила в клинику с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры до 37,6. Из анамнеза. Неделю назад была введена внутриматочная спираль. Через три дня появились вышеописанные симптомы. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, умеренно болезненный над лоном. При вагинальном осмотре: в цервикальном канале визуализируются усики ВМС, тело матки незначительно увеличено, умеренно болезненное при пальпации, область придатков пастозная, чувствительные при пальпации. Врач порекомендовал провести а\б терапию.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)
5. Принципы назначения антибактериальной и противовоспалительной терапии. (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 13

Больная 20 лет в экстренном порядке взята в операционную с предварительным диагнозом: разрыв кисты правого яичника. При ревизии органов малого таза: разрыв эндометриоидной кисты правого яичника. В полости малого таза около 100 мл «шоколадного» содержимого. Произведена резекция яичника. На 7 сутки больная была выписана из стационара без рекомендаций о дальнейшем наблюдении и лечении.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Алгоритм оказания экстренной помощи данной пациентки. (ПК-10, ПК-11)

5.Реабилитация в послеоперационном периоде. (ОПК-8, ПК-14)

Ситуационная задача 14

Пациентке 19 лет выставлен диагноз эрозия шейки матки. При вагинальном осмотре: шейка коническая, на задней губе шейки матки на 6 часах визуализируется эрозия, тело матки нормальных размеров, anteversioflexio, плотное, подвижное? безболезненное. Область придатков с обеих сторон не определяется. Выделения слизистые. Проведена кольпоскопия, взяты мазки на онкоцитологию.

- 1.Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
- 3.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
- 4.Тактика ведения у данной пациентки. (ПК-8)
- 5.Профилактические мероприятия при данной патологии. (ПК-1)

Ситуационная задача 15

Больная 36 лет поступила в отделение гинекологии на плановое оперативное лечение по поводу кисты правого яичника. Во время операции при ревизии органов брюшной полости обнаружена киста правого яичника размерами в диаметре до 6 см в серозным содержимым. В области дна матки субсерозный узел на длинной ножке, по задней стенке 2 узла диаметром 2,5 см, расположенных интерстициально и субсерозно.

- 1.Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
- 3.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
- 4.Тактика ведения у данной пациентки и объём оперативного вмешательства. (ОПК-7, ПК-8, ПК-9)
- 5.Профилактические мероприятия при данной патологии. (ПК-1)

Ситуационная задача 16

Больная 26 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные месячные и сукровичные скудные выделения в течение 3-4 дней после месячных. Больной себя считает в течение года, когда после мед. аборта, осложнившегося метроэндометритом, появились вышеуказанные симптомы. Перенесенные заболевания: аппендэктомия, ОРЗ, хронический гепатохолестит. Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последний год - менструации стали по 6-7 дней, обильные, болезненные в первый день. Последние месячные 10 дней назад в срок. Половая жизнь с 19 лет, брак первый, зарегистрирован. Роды одни, 4 мед. аборта, последний год назад. Состояние удовлетворительное, пульс 72 в мин, ритмичный, АД 120/80, температура 36,0°. Со стороны сердца, дыхательной, мочевыделительной систем патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При вагинальном осмотре: слизистая влагалища и шейки матки чистая, выделения слизистые, тело матки несколько увеличено, плотноватой консистенции, с ровными контурами, придатки не определяются.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
- 3.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Принципы назначения антибактериальной и противовоспалительной терапии. (ОПК-7, ПК-9)
5. Методы профилактики обострения воспалительного процесса матки. (ПК-1)

Ситуационная задача 17

Больная 29 лет была доставлена машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота в течение 6 часов. Заподозрено наличие перекрута ножки кисты и в экстренном порядке больной произведена лапаротомия. При ревизии органов малого таза обнаружен перекрут ножки кисты на 360°, в состав которой вошли - анатомическая ножка, труба, большой сальник. Цвет ножки обычный, хирург, раскрутив ножку, освободил трубу и сальник и удалил

кисту путем пересечения анатомической ножки опухоли.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Оцените тактику врача. (ПК-8)
5. Какое грозное осложнение можно ожидать у данной пациентки. (ПК-6)

Ситуационная задача 18

Машиной скорой помощи в гинекологическое отделение доставлена больная 32 лет, с жалобами на боли внизу живота, появившиеся после месячных, температура 38,8°. При осмотре найден гнойный эндоцервицит, острый метроэндометрит, 2-х сторонний аднексит. Врач, подозревая наличие восходящей гонореи, назначает противовоспалительную терапию и комбинированную провокацию пирогеналом с инстилляциями протаргола.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Оцените тактику врача. (ПК-8)
5. Какое грозное осложнение можно ожидать у данной пациентки. (ПК-6)

Ситуационная задача 19

Больная 28 лет поступила в клинику 12.10. с жалобами на отсутствие менструации, бесплодие в течении 2-х лет. Менструации не было ни разу. Женщина из двойни, в детстве росла здоровой, у сестры-близнеца менструация с 15 лет, по 3-4 дня, через 28 дней. Сестры внешне совершенно не похожи. Половой жизнью живет с 25 лет, не предохраняется, беременностей не было. В течении года получала циклическую гормональную терапию. После каждого цикла были скудные кровянистые выделения, продолжающиеся в течение 3-х дней. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рост высокий, 176 см, питание повышенное, масса тела 82 кг. Наибольшее отложение жира в области бедер и живота. Молочные железы конической формы, околососковый кружок не пигментирован, сосок не возвышается. Гинекологический статус: наружные половые органы гипотрофичны, оволосение скудное. При вагинальном осмотре: шейка матки конической формы, длинная, зев точечный, выделения скудные, слизистые, симптом "зрачка" отрицательный, тело матки в anteversioflexio маленькое, шейка плотная, в 2 раза длиннее матки. Придатки не определяются. Своды и параметрии свободны.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. Факторы риска при данной патологии. (ПК-1)
3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
5. Тактика ведения данной пациентки в условиях женской консультации. (ПК-8)

Ситуационная задача 20

К врачу женской консультации обратилась женщина 22 лет, с жалобами на отсутствие беременности в течение 2-х лет регулярной половой жизни. Из анамнеза выяснено: первые месячные с 14 лет, регулярные, скудные, безболезненные, гинекологические заболевания отрицает. При вагинальном осмотре: шейка матки конической формы, длинная, зев точечный, тело матки в anteversioflexio нормальных размеров, придатки не увеличены, подвижные, безболезненные, выделения из половых путей скудные, слизистые. Своды и параметрии свободны.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)
3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5.Тактика ведения данной пациентки.(ПК-8)

Ситуационная задача 21

Больная 25 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на нерегулярные месячные, бесплодие, повышенное оволосение над верхней губой и подбородке. Из анамнеза выяснено: первые месячные с 14 лет, до настоящего времени не установились, приходят с задержками от 3 до 6 месяцев, скудные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Брак зарегистрирован. Муж здоров. Сперма фертильна. От беременности не предохранялась. Беременностей не было. Наследственность не отягощена. Молочные железы развиты слабо. Ореолы мало пигментированы, вокруг них одиночные грубые волоски. Над верхней губой, на подбородке, по задним поверхностям бедер, на голенях повышенный рост волос. При вагинальном осмотре: оволосение по мужскому типу, наружные половые органы сформированы правильно, шейка конической формы, зев точечный, выделения из половых путей скудные, слизистые, тело матки меньше нормальных размеров, плотное, отклонено кпереди, подвижное, безболезненное. С обеих сторон определяются увеличенные яичники, справа 6х5х3 см, слева 5х4х3 см. Своды и параметрии свободны.

1.Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3.С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5.Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 22

Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию по поводу первичного бесплодия (2 года) до – и послеменструальных коричневых выделений из половых путей, продолжающихся 3-4 дня. При вагинальном осмотре: матка в антеверзии, антефлексии, несколько увеличена, неравномерной консистенции. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. На УЗИ-матка округлой формы, отмечается утолщение задней стенки, эндометрий неоднородный, «пестрый» с очагами диффузной неоднородности.

1.Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3.С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5.Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 23

Больная 36 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной около года, когда впервые нарушился менструальный цикл: месячные стали длительными по 8 дней, затем удлинились до 10 дней. Не лечилась. Последние 3 месяца месячные стали очень обильными, ощущает слабость, головокружение. Обратилась в женскую консультацию, сразу же была направлена на стационарное лечение и обследование. В анализе крови, содержание гемоглобина-80,0 г/л. При вагинальном осмотре: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки цилиндрическая, чистая, выделения из половых путей умеренные, кровянистые, зев закрыт, тело матки увеличено до 15 недель беременности за счет множества узлов диаметром от 2 до 5 см, плотное, ограничено подвижное, придатки слева и справа не увеличены.

1.Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3.С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут

уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения и объём оперативного вмешательства у данной пациентки. (ОПК-7, ПК-8, ПК-9)

Ситуационная задача 24

Больная 26 лет поступила 18.09. с жалобами на непостоянные ноющие боли внизу живота, пояснице. Больной себя считает в течение 2 лет, когда после медицинского аборта было воспаление придатков, лечилась 2 недели в стационаре. Перенесенные заболевания: аппендэктомия в детстве, ангина. Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные 10.09 в срок. Половая жизнь с 22 лет, брак 1, зарегистрирован, роды I в 1995 году, медицинский аборт I. От беременности не предохраняется. При поступлении живот при пальпации мягкий, безболезненный. При вагинальном осмотре слизистая влагалища и шейки матки чистая, выделения слизистые, тело матки нормальной величины и консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон тяжистые, плотные, умеренно болезненные.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 25

Больная 36 лет поступила в клинику с жалобами на боли внизу живота тупого характера, аменорею в течении 3-х лет, бесплодие. Анамнез: в детстве перенесла туберкулезный плеврит. Отец был болен туберкулезом легких. Месячные с 14 лет, скудные, болезненные, через 1,5-2 месяца. Последние месячные 3 года назад. Замужем с 18 лет, беременностей не было. При исследовании легких, сердца патологии не выявлено. При вагинальном осмотре: шейка конической формы, выделения скудные, бели, матка нормальных размеров, слегка болезненная, ограничена в подвижности. Справа в области придатков определяется плотное образование, малоподвижное, безболезненное, размером 10x8x7 см, подобное образование и слева размером 6x5x4 см. Проведена проба Коха, оказалась положительной. При ГСГ обнаружено, что полость матки деформирована, имеются дефекты наполнения, трубы четкообразной формы, непроходимы. Произведено диагностическое выскабливание полости матки: соскоб крошковидный скудный, гистологически найдены туберкулезные бугорки.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения и прогноз для репродуктивной функции у данной пациентки. (ПК-1, ПК-8)

Ситуационная задача 26

Больная 42 лет находится в гинекологическом отделении второй день. Накануне по поводу родившегося субмукозного узла произведена консервативная миомэктомия, во время операции и в конце кровотечения не было. Через 6 часов появились вначале мажущие, а затем умеренные кровянистые выделения. Дежурным врачом, осмотревшим больную, было назначено дополнительно сокращающие матку средства. После чего кровянистые выделения уменьшились. Утром кровянистые выделения усилились, появились схваткообразные боли внизу живота. Была взята в смотровую комнату. При вагинальном осмотре: наружный зев зияет, тело матки диффузно увеличено до 10-11 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки не определяются. Выделения из половых путей умеренные, кровянистые. Своды и параметрии свободные, зев пропускает палец, за зевом определяется полюс плотного образования. При исследовании кровотечение увеличилось.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
4. Оцените тактику врача. (ПК-8)
5. Какой объем оперативного вмешательства необходим данной пациентке. (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 27

У больной 27 лет на профосмотре выявлена псевдоэрозия, сочетающаяся с неспецифическим гнойным эндоцервицитом (обследована с бак. посевом). В течение 2-х недель проведено лечение эндоцервицита с использованием местных и общих методов лечения, аутогемотерапией, в течение следующих 10 дней назначены тампоны с медом. При контрольном осмотре вновь обнаружена псевдоэрозия прежней величины. Врач назначает курс тампонов с облепиховым маслом на 2 недели.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)
3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
5. Оцените тактику лечения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 28

К врачу женской консультации обратилась женщина 52 лет с жалобами на появившиеся кровянистые выделения после половых сношений. Анамнез: в течение 2-х последних лет у женщины отсутствуют месячные, а из перенесенных гинекологических заболеваний отмечала наличие железистого полипа шейки матки 4 года назад, который был удален в женской консультации. При вагинальном осмотре вновь обнаружен полип цервикального канала, легко кровоточащий при дотрагивании.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)
3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)
4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)
5. Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 29

Больная Т., 46 лет поступила на оперативное лечение по поводу кисты левого яичника. Анамнез: менструальная функция регулярная, Б-0, хронический сальпингоофорит. Киста яичника обнаружена 8 месяцев тому назад. Была направлена на хирургическое лечение, от которого пациентка решила воздержаться. В последние 2 года был установлен диагноз аденомиоза, эндометриозной кисты яичника. Предлагалось оперативное лечение, от которого больная отказывалась. При госпитализации в стационар у больной имели место признаки раздражения брюшины. При вагинальном осмотре: шейка матки чистая, коническая, матка увеличена до 7-8 недель беременности, ограниченно подвижная, болезненная, слева определяется ограниченно подвижная опухоль размером 9x10 см, плотноватой консистенции, болезненная, справа в области придатков определяется опухоль размером 6x7 см. плотной консистенции, бугристая, болезненная.

Установлен диагноз двухсторонние кисты яичников, перекрут ножки кисты. Сделана срочная лапаротомия. Обнаружен перекрут ножки кисты левого яичника, ретроцервикальный эндометриоз, аденомиоз, опухоль правого яичника. На разрезе опухоли яичников содержат сосочковые разрастания. Произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками. Гистологический диагноз - рак яичников. Послеоперационный период без осложнений.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)
2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)
3. Оценить тактику ведения данной пациентки. (ПК-8)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Реабилитация больной в послеоперационном периоде. (ОПК-8, ПК-14)

Ситуационная задача 30

Больная Р. 25 л. Обратилась в ж/к по поводу обильных гнойных выделений из половых путей, зуд, чувство жжения.

Анамнез: менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 22 лет в браке. Родов - 2, абортов - 2. Контрацепция - гормональные таблетки.

При вагинальном осмотре: слизистая влагалища гиперемирована, выделения жидкие, гнойные, пенистые, шейка цилиндрическая, гиперемирована, своды свободны, матка в anteversio, не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. В мазке из влагалища на степень чистоты выявлены трихоманады.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика ведения данной пациентки. (ПК-8)

Ситуационная задача 31

Больная К. 60 лет, поступила с жалобами на ощущение тяжести внизу живота, бели, чувство инородного тела во влагалище, недержание мочи и газов при кашле и чихании. Анамнез: менопауза 10 лет. Б - 7, Р - 4, А - 3. Данные жалобы беспокоят в течении 3-х лет. При вагинальном осмотре: половая щель зияет, передняя и задняя стенки влагалища в состоянии полного выпадения, шейка рубцово изменена, матка маленькая, чрезмерно подвижная, безболезненная, придатки не определяются.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Какой объём оперативного вмешательства у данной пациентки. (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 32

Больная В. 16 л., поступила в гинекологическое отделение на скорой помощи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, рвоту. Анамнез: заболела внезапно, появились острые боли в животе, рвота. Менструальная функция с 14 лет, регулярная, последние месячные 2 недели тому назад, в срок. Половой жизнью не живет.

Состояние при поступлении средней тяжести. АД 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы обычной окраски, пульс 100 уд.в мин. ритмичный. Живот не увеличен, болезненный, положительны симптомы раздражения брюшины преимущественно в нижнем отделе.

Гинекологический статус: наружные гениталии развиты правильно, девственная плева кольцевидная, не нарушена. Исследование rectum: матка в retroversio, не увеличена, подвижна, болезненна, справа от матки определяются объемное образование размером 9x10 мм, болезненное плотно-эластической консистенции, ограниченно подвижное, слева придатки не определяются. УЗИ - киста правого яичника.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Какой объём оперативного вмешательства у данной пациентки. (ОПК-7, ПК-9)

Ситуационная задача 33

Больная З. 14 л., поступила в гинекологическое отделение с сильными болями внизу живота, которые повторяются ежемесячно в течение последних трех месяцев. Месячных не было. Половой жизнью не живет. При объективном исследовании общее состояние относительно удовлетворительное. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезненный в нижнем отделе, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, имеется умеренно выраженное оволосение на лобке. Слизистая преддверия влагалища бледно-розового цвета, девственная плева сплошная, не имеет отверстий, выпячена, синюшного цвета. Ректо - абдоминальное исследование: передняя стенка прямой кишки выпячена, через нее определяется туго-эластичное объемное образование размером 8x10 см, матка в anteversioflexio, безболезненное, нормальной консистенции, подвижное. Придатки не определяются.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Тактика лечения. (ПК-8)

Ситуационная задача 34

Больная С. 31 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 39,0, слабость.

Анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, последняя неделю тому назад. Половая жизнь с 20 лет в браке, Б - 4, Р - 1, А - 3. Последний аборт был 4 месяца тому назад, при сроке беременности 9 недель, осложнился острым воспалением придатков, прошла лечение в стационаре в течение 2 недель, была выписана в удовлетворительном состоянии. После выписки беспокоило недомогание, слабость, периодическое повышение температуры. К врачам не обращалась, продолжала работать. Состояние при поступлении средней тяжести. Температура 39,0, пульс 110 уд. в мин, ритмичный. Кожные покровы гиперемированы. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот умеренно вздут, напряжен, выраженные симптомы раздражения брюшины.

При вагинальном осмотре: влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрическая, вокруг наружного зева – зона эктопии, задний свод уплощен, матка в anteversio **резко** болезненна при движении, в области придатков через боковые своды пальпируются объемные образования резко болезненные, из половых путей - гнойные выделения.

Произведена пункция заднего свода - получено 10 мл жидкого гноя.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Факторы риска и причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? (ПК-6)

4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-5, ПК-8)

5. Какие лечебные мероприятия и объем оперативного вмешательства необходимы данной пациентке. (ОПК-7, ПК-9)

6. Реабилитация данной пациентки ? (ОПК-8, ПК-14)

Ситуационная задача 35

Больная Т. 17 лет, поступила на медицинский аборт. Анамнез: месячные с 12 лет регулярные, последние 2,5 месяца тому назад. Половая жизнь с 16 лет вне брака. Беременность первая нежеланная. Состояние при поступлении удовлетворительное. Экстрагенитальные заболевания не выявлены.

При вагинальном осмотре: влагалище нерожавшей, шейка коническая, чистая, матка anteversio увеличена до 9-10 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненна, придатки не определяются, выделения из половых путей скудные, слизистые.

Анализ крови, мочи, мазков без патологических отклонений.

В день поступления сделали медицинский аборт методом выскабливания полости матки

под внутривенном наркозом. При выскабливании врач ощутил чувство провала. Был установлен диагноз перфорация матки.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. (ПК-5, ПК-6)

2. Причины данной патологии. (ПК-1, ОПК-5)

3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? (ПК-8)

4. Какой объём оперативного вмешательства у данной пациентки. (ОПК-7, ПК-9)

5. Реабилитация в условиях женской консультации. (ОПК-8, ПК-14)

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ПРАКТИКЕ⁴

«Практика общеврачебного профиля»

(наименование практики)

Проведение зачета по практике «Практика общеврачебного профиля» как основной формы проверки знаний обучающихся 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

«Практика общеврачебного профиля», 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 УМС
специальности
Лечебное дело

Е.Р. Фаршатова

подпись

протокол №8 от «09» июня 2021г.

