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

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

_____А.А. Цыглин

«25» июня 2020 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Клиническая практика «Помощник врача стационара (хирурга, терапевта, акушера-гинеколога) (стационарная, выездная)»

наименование дисциплины (практики)

Разработчики	**Кафедра хирургических болезней** **Кафедра факультетской терапии** **Кафедра акушерства-гинекологии с курсом ИДПО**
Направление (специальность) подготовки	31.05.02 Педиатрия
Наименование ООП	31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
ФГОС ВО	Утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.08.2015 г. № 853

СОГЛАСОВАНО

Председатель УМС педиатрического факультета

_____проф. И.Ф. Суфияров

«25 июня» 2020 г.

Одобрено на заседании кафедры хирургических болезней от 24.06. 2020 г., протокол №6 а
кафедры факультетской терапии от 24. 06. 2020 г., протокол №13а
кафедры акушерства-гинекологии с курсом ИДПО от 24.06. 2020 г., протокол № 9

Начальник отдела качества образования и мониторинга

_____ А.А. Хусаенова

"25" июня 2020 г.

Утверждено на заседании ЦМК хирургических дисциплин.24.06.2020 г., протокол №9
ЦМК терапевтических дисциплин от 24.06.2020 г., протокол № 6-а
ЦМК акушерских дисциплин от 24.06 2020 г., протокол №13а

1. Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся уровня специалитета 31.05.02 Педиатрия, прошедших клиническую практику «Помощник врача стационара (хирурга, терапевта, акушера-гинеколога) (стационарная, выездная)»

Основной задачей ФОМ (ФОС) клинической практики «Помощник врача стационара (хирурга, терапевта, акушера-гинеколога) (стационарная, выездная)» является проверка знаний, умений и владений обучающегося согласно матрице компетенций рассматриваемого направления подготовки.

Паспорт тестового материала по клинической практике:

«Помощник врача стационара (хирурга, терапевта, акушера-гинеколога) (стационарная, выездная)»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Факультет	Педиатрический
2.	Кафедра	Кафедры хирургических болезней, факультетской терапии, акушерства-гинекологии с курсом ИДПО
3.	Автор-разработчик	проф. Гильмутдинов А.Р. доц. Макеева Г.К., доц. Амирова, доц. Камаева Э.Р. асс. Тюрина А. А., доц. Масленников А.В., асс. Катаева Р.М.
4.	Наименование дисциплины (практики)	Клиническая практика «Помощник врача стационара (хирурга, терапевта, акушера-гинеколога) (стационарная, выездная)»
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	216 часов/6 ЗЕ
6.	Наименование папки	Оценочные материалы
7.	Вид контроля	Промежуточный зачет
8.	Для специальностей	31.05.02 Педиатрия
9.	Количество тестовых заданий всего по практике	800[1]
10.	Количество заданий при тестировании обучающегося	90[2]
11.	Из них правильных ответов должно быть (%):	71 % и более
12.	Для оценки «отлично» не менее	91-100%
13.	Для оценки «хорошо» не менее	81-90%
14.	Для оценки «удовлетворительно» не менее	71-80%
15.	Время тестирования (в минутах)	90[3]

Примечание:

1- не менее 300 при зачете, не менее 500-1000 при экзамене

2,3- по решению кафедры

Модуль 1. «Помощник врача-стационара (хирурга)»

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-5	1.В КАЧЕСТВЕ ХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ВНУТРИВЕННО ХЛОРИСТЫЙ КАЛЬЦИЙ В СЛЕДУЮЩЕЙ ДОЗИРОВКЕ: 1) 1% - 30,0 2) 2% - 20,0 3) 5% - 15,0 4) 10% - 10,0 5) 20% - 5,0
ОПК-9	2.РЕШАЮЩИМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) симптом Кохера-Волковича 2) симптом Промптова 3) головокружение и обмороки 4) симптом Бартомье-Михельсона 5) пункция заднего свода влагалища
ОПК-11	3.ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЛИШЬ: 1) ангиография чревной артерии 2) лабораторные исследования 3) аускультация живота 4) обзорная рентгенография брюшной полости 5) пальцевое исследование прямой кишки
ПК-10	4.КАКОВА ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ РАКА РЕКТОСИГМОВИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ? 1) клиника кишечной непроходимости 2) кровотечения 3) тенезмы 4) потеря в весе 5) боли во время дефекации
ПК-5	5.ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНО: 1) частая невправимость 2) широкие грыжевые ворота 3) плотные края грыжевых ворот 4) склонность к ущемлению 5) отсутствие тенденции к увеличению
ОПК-9	6. ПРИ РАКЕ ТЕЛА ЖЕЛУДКА ПОКАЗАНА: 1) гастрэктомия 2) субтотальная резекция желудка 3) антрумэктомия 4) резекция пораженного участка желудка 5) эзофагогастростомия
ПК-10	7. ПРИ КАКОМ ВИДЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕНИСТАЯ КРОВЬ? 1) Носовом 2) пищеводном 3) желудочном 4) легочном

	5) кишечном
ПК-8	8. НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЫХАНИЯ: 1) дыхательный объем 2) минутный объем дыхания 3) частота дыхания 4) газовый состав крови 5) отсутствие тахикардии
ОПК-4	9. БОЛЬ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ ТОГО, ЧТО ОНА: 1) периодическая 2) слабее между приступами 3) локализуется в области пупка 4) коликообразная 5) начинается постепенно
ОПК-4	10. К НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЕ ПЕРИТОНИТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ: 1) болезненности тазовой брюшины при ректальном исследовании 2) Тахикардии 3) резких электролитных сдвигов 4) напряжения мышц брюшной стенки 5) тенденции к нарастанию лейкоцитоза
ПК-6	11. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ПОКАЗАН СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ 1) паравертебральная блокада 2) обезболивание по Шнеку 3) блокада по Школьникову - Селиванову 4) футлярная блокада 5) проводниковая анастезия
ОПК-9	12. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПО РАДИКАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ПРОВОДИТСЯ: 1) при раке молочной железы 1-й стадии 2) при раке легкого 3) при лимфогранулематозе 1-2-й стадии 4) при раке мочевого пузыря 5) при раке яичников
ОПК-11	13. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВИ: 1) тяжелые операции 2) хирургическая инфекция 3) шок 4) тяжелые нарушения функции печени 5) снижение артериального давления
ОК-8	14. ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ НЕ ПОКАЗАНА: 1) при остром катаральном аппендиците 2) при остром аппендиците во второй половине беременности 3) при первом приступе острого аппендицита 4) при неустановленной причине болей в правой подвздошной области у пожилых людей 5) при остром аппендиците у грудных детей

ПК-5	15. . ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ: 1) деструктивные формы панкреатита 2) дыхательная недостаточность 3) гнойные осложнения панкреатита с почечно-печеночной недостаточность 4) коллапс 5) желтуха
ПК-10	16. БЕДРЕННУЮ ГРЫЖУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ СО ВСЕМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ: 1) холодного натечника 2) паховой грыжи 3) липомы 4) кисты бартолиниевой железы 5) варикозного узла
ПК-10	17. ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТАТКОМ ПРОТОКА: 1) сензонова 2) вольфова 3) мюллерова 4) омфаломезентериального
ОПК-4	18. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ТРЕЩИНЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Запор 2) хронический парапроктит 3) недостаточность сфинктера 4) криптит 5) папиллит
ПК-5	19. УСТРАНИТЬ СБРОС КРОВИ ИЗ ГЛУБОКИХ ВЕН В ПОВЕРХНОСТНЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ ОПЕРАЦИИ: 1) Троянова-Тренделенбурга 2) Коккета 3) Линтона 4) ни одна из них 5) все три операции
ПК-10	20. НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ВО ВРЕМЯ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ: а) если оно лежит поверхностно, и действия хирурга при этом не вызовут дополнительной травмы б) оно может вызвать разрушение стенки крупного сосуда с угрожающим жизни кровотечением в) затрудняет глотание и дыхание г) может служить источником воспалительного процесса д) расположено глубоко в ране 1) а, в, г, д 2) в,г 3) а, б, в, г

ПК-5	21. УКАЖИТЕ ПРОТЯЖЕННОСТЬ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ: 1) от коленного сустава до пальцев стопы 2) от верхней трети голени до голеностопного сустава 3) от верхней трети бедра до голеностопного сустава 4) от верхней трети бедра до основания пальцев стопы 5) от коленного сустава до голеностопного сустава
ПК-6	22. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА 3-Й СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) лучевой 2) хирургический 3) гормонотерапия 4) химиотерапевтический 5) иммунотерапия
ПК-10	23. ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРНО: 1) симптом Раздольского 2) нарастание клинической картины перитонита 3) внезапное усиление болей в животе 4) напряжение мышц передней брюшной стенки 5) все перечисленное
ОК-8	24.КАКОЙ РАСТВОР НАШАТЫРНОГО СПИРТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК ПО СПОСОБУ СПАСОКУКОЦКОГО-КОЧЕРГИНА? 1) 0,25% 2) 0,5% 3) 0,75% 4) 1% 5) 2%
ПК-5	25. СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: 1) острого калькулезного холецистита 2) рака головки поджелудочной железы 3) индуративного панкреатита 4) опухоли большого дуоденального соска 5) опухоли холедоха
ОПК-9	26. БОЛЬНОМУ 30 ЛЕТ. ЗА 8 ЧАСОВ ДО ОБРАЩЕНИЯ В СТАЦИОНАР ПОЛУЧИЛ УДАР В ЖИВОТ. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, СЛАБОСТЬ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ. ПУЛЬС 100 УДАРОВ В МИНУТУ, РИТМИЧНЫЙ. АД 110/60 ММ РТ.СТ. ПЕРКУТОРНО ПРИТУПЛЕНИЯ В ОТЛОГИХ МЕСТАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕТ. ПАЛЬПАТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ. ОПРЕДЕЛИТЕ РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ: 1) рентгенография желудка, лапароскопия 2) обзорная рентгенография брюшной полости, целиакография 3) спленопортография, ЯМР брюшной полости 4) обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ брюшной полости

ОПК-11	27. В КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА "ОТЕЧНЫЙ ПАНКРЕАТИТ, ..., ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ" ПРОПУЩЕН: 1) деструктивный панкреатит 2) гнойный панкреатит 3) жировой панкреонекроз 4) первичный панкреатит 5) калькулезный панкреатит
ПК-6	28. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ БОЛЬНОМУ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ НЕ РАЗРЕШАЮТ ЕСТЬ? 1) трудно вводить желудочный зонд 2) возможна регургитация 3) затрудняется управление дыханием 4) влияет на проведение интубации 5) возникает ацидоз
ПК-10	29. ЧТО ТАКОЕ ГИДРАДЕНИТ? 1) воспаление сальных желез 2) воспаление потовых желез 3) воспаление волосяного мешочка 4) воспаление лимфатического сосуда 5) воспаление лимфатического узла
ПК-10	30. НЕДОСТАТОК ВНУТРИВЕННОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ОБУСЛОВЛЕН: 1) трудной управляемостью наркозом 2) сохранением тонуса скелетных мышц 3) опасностью асфиксии вследствие западения языка и рвоты 4) сохранением активности рефлексов 5) кратковременностью наркоза
ПК-5	31. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) создание оптимальных условий для работы хирурга 2) обеспечение проходимости дыхательных путей 3) предупреждение развития бронхоспазма 4) предупреждение остановки сердца 5) обеспечение хорошей аналгезии
ПК-6	32. ЛЕЧЕНИЕ ОЛИГУРИИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ: 1) в восполнении ОЦК 2) во внутривенном введении маннита 3) во внутривенном введении лазикса 4) во внутривенном введении эуфиллина 5) в проведении гемодиализа

ОПК-9	33. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПОРЯДОК МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ? а) 4 глубоких вдоха методом "рот в рот" или "рот в нос" б) восстановление проходимости дыхательных путей в) электродефибрилляция г) внутрисердечное введение адреналина д) ЭКГ-диагностика формы остановки сердца е) наружный массаж сердца в сочетании с искусственной вентиляцией легких 1) а,б,в,г,д,е 2) б,г,е,в,д,а 3) б,а,е,г,в 4) б,а,г,е,д
ПК-10	34. . СИМПТОМАМИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: 1) субфебрильной температуры 2) симптома Ровзинга 3) профузных поносов 4) Лейкоцитоза 5) пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области
ПК-5	35.ДЛЯ ГАНГРЕНОЗНОЙ ФОРМЫ АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРНО: 1) доскообразный живот 2) усиление болей в правой подвздошной области 3) уменьшение болевых ощущений в правой подвздошной области 4) тахикардия 5) симптом Щеткина-Блюмберга
ПК-6	36.БОЛЬНЫМ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫПОЛНЯЮТ 1) холецистостомию 2) холецистэктомию от шейки 3) холецистэктомию от дна 4) лапароскопическую холецистостомию 5) холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду?Пиковскому
ПК-10	37. ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДРЕНАЖ: 1) по Робсону, Вишневскому 2) по Холстеду, Пиковскому 3) по Спасокукоцкому 4) по Керу 5) сочетанное дренирование по Пиковскому и Спасокукоцкому
ПК-10	38. ДЛЯ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ: 1) тошнота 2) симптом Кера 3) симптом Мерфи 4) отсутствие напряжение мышц в правом подреберье 5) симптом Мюсси

ПК-5	39. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) водянка желчного пузыря 2) эмпиема желчного пузыря 3) желтуха, холангит 4) хронический активный гепатит 5) перфоративный холецистит, перитонит
ПК-6	40. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ 1) конкремента в области шейки желчного пузыря 2) увеличения головки поджелудочной железы 3) конкремента в проксимальной части холедоха 4) папиллита 5) стеноза дуоденального сосочка
ОПК-9	41. У БОЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, НЕЛЬЗЯ ИСКЛЮЧИТЬ ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА. ВЫБЕРИТЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА: 1) пневматизация кишечника 2) гиперемия брюшины 3) отек большого сальника 4) наличие крови в брюшной полости 5) бляшки стеатонекроза на брюшине
ПК-10	42. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ: 1) гнойные осложнения 2) желтуха 3) перитонит 4) Кровотечение 5) тромбоэмболия легочной артерии
ПК-10	43. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1) постоянной тупой болью в животе 2) острой "кинжальной" болью 3) незначительными интермиттирующими болями в различных отделах брюшной полости 4) сильными схваткообразными болями 5) сильной постоянной болью в животе
ОПК-9	44. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СЧИТАЕТСЯ: 1) заворот 2) Инвагинация 3) Перитонит 4) каловый завал 5) травма живота
ПК-6	45. ПРИ ДИФФУЗНОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПОКАЗАНЫ: 1) аппендэктомия и санация брюшной полости 2) коррекция водно-электролитных нарушений 3) антибактериальная терапия 4) полное парентеральное питание в течение 1-2 суток после операции 5) все перечисленное верно

ПК-10	53. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) классическая резекция не менее 2/3 желудка 2) идеальная (истинная) антрумэктомия с удалением язвы 3) селективная проксимальная ваготомия 4) стволовая ваготомия с пилоропластикой 5) иссечение язвы
ПК-6	54. ВЫБЕРИТЕ ТРИ ПРИЗНАКА, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ОСНОВНЫМИ ПРИ ДЕМПИНГ- СИНДРОМЕ: а) чувство полноты и тяжести в эпигастрии после приема пищи б) резкая слабость после приема пищи в) сердцебиение, головокружение после еды г) "голодные" боли д) горечь во рту и периодическая рвота желчью 1) а,б,в 2) а,в,г 3) а,б,д 4) б,в 5) в,г
ОПК-9	55. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) химиотерапия 2) симптоматическое лечение 3) Рентгенорадиотерапия 4) комбинированное лечение 5) хирургическое вмешательство
ПК-10	56. МЕТАСТАЗ КРУКЕНБЕРГА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ 1) в прямокишечно-пузырной складке 2) в пупке 3) в яичниках 4) между ножками кивательной мышцы 5) в печени
ПК-6	57. В ДИАГНОСТИКЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ: 1) сбор жалоб и анамнеза 2) зондирование пищевода 3) контрастную рентгеноскопию пищевода 4) Эзофагоскопию 5) ларингоскопию
ОК-8	58. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ 1) дивертикулита 2) кровотечения 3) перфорации 4) свищей 5) малигнизации

ОПК-9	59. КАКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ АНАСТОМОЗА? а) гастрэктомия б) резекция в) ваготомия г) удаление слизистой антрального отдела д) резекция по РУ 1) а,б,в 2) а,в,г 3) в,г,д 4) все ответы правильные 5) все ответы неправильные
ПК-10	60. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА НЕ ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ: 1) ирригоскопия 2) исследование пассажа бария по толстой кишке 3) измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки 4) биопсия по Свенсону 5) колоноскопия
ПК-10	61. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) кардиальный отдел желудка 2) антральный отдел 3) тело желудка 4) тотальное поражение желудка 5) большая кривизна желудка
ОПК-9	62. ЗАДЕРЖКА ЭВАКУАЦИИ ИЗ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА: 1) в пилорическом отделе 2) в кардиальном отделе 3) в теле желудка 4) по большой кривизне 5) по малой кривизне
ПК-10	63. МЕТАСТАЗ ВИРХОВА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: 1) в печени 2) в прямокишечно-пузырной складке 3) в яичниках 4) между ножками кивательной мышцы 5) в легких
ОПК-4	64. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) дисфагия 2) боль за грудиной и в спине 3) срыгивание застойным содержимым 4) усиленное слюноотделение 5) похудание

ОПК-9	65. ПРИ РАКЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЮТ: 1) комбинированную терапию 2) лучевую терапию 3) хирургическое лечение 4) химиотерапию 5) симптоматическую терапию
ОПК-10	66. ПРИ РАЗВИТИИ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО: 1) эндобронхиальное введение протеолитических ферментов 2) дренирование плевральной полости 3) антибиотики 4) рентгенотерапия 5) введение цитостатиков
ОК-8	67. ДЛЯ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНО: 1) развитие заболевания при ареактивности организма 2) отсутствие грануляционного вала на границе поражения 3) распространенный некроз легочной ткани 4) выраженная интоксикация 5) все перечисленное верно
ПК-5	68. ДЛЯ ОСТРОГО ПНЕВМОТОРАКСА НЕ ХАРАКТЕРНА: 1) одышка в покое 2) болевой синдром вплоть до шока 3) горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости 4) Тахикардия 5) изменение перкуторного звука
ПК-6	69. ОСНОВНЫМИ РАННИМИ СИМПТОМАМИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) раковый пневмонит 2) рецидивирующий пневмоторакс 3) ателектаз участка легкого 4) одышка и боли при дыхании 5) надсадный кашель и кровохарканье
ОПК-9	70. . У БОЛЬНОГО 29 ЛЕТ, ГОТОВЯЩЕГОСЯ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ТРОМБАНГИТА ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ: а) антиагреганты б) кортикостероиды в) витамины группы В г) ненаркотические анальгетики д) седативные препараты 1) а,в,г 2) а,б,в 3) а,г,д 4) г,д

ОПК-11	71. ЗОБ У ЛИЦ ОДНОЙ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК: 1) эпидемический 2) спорадический 3) острый струмит 4) эндемический 5) массовый тиреотоксикоз
ОПК-4	72. РАСПРОСТРАНЕНИЮ ФЛЕБОТРОМБОЗА В ВЕНАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРЕПЯТСТВУЕТ: 1) строгий постельный режим 2) антикоагулянтная терапия 3) антиагрегантная терапия 4) эластическое бинтование 5) все перечисленное
ПК-5	73. ДЛЯ 3-Й СТАДИИ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИШУРИЯ: 1) острая 2) хроническая 3) парадоксальная 4) рецидивирующая 5) интермиттирующая
ОПК-9	74. УКАЖИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: а) боль б) припухлость в) кровотечение г) ограничение открывания рта д) нарушение прикуса е) патологическая подвижность ж) крепитация з) данные рентгенографии 1) а,б,в,з 2) в,г,д,е,ж 3) д,е,ж,з
ПК-10	75. БОЛЬНАЯ, 22 ЛЕТ, ОБРАТИЛАСЬ С ЖАЛОБАМИ НА ТЕМПЕРАТУРУ 39°С, БОЛИ И ПРИПУХЛОСТЬ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ. ДВЕ НЕДЕЛИ НАЗАД БЫЛИ РОДЫ. МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ОТЕЧНА, БАГРОВО-КРАСНОГО ЦВЕТА. ПАЛЬПАТОРНО БОЛЕЗНЕННЫЙ, ДИФФУЗНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. В ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ БОЛЕЗНЕННЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ. ДИАГНОЗ? 1) острый мастит 2) диффузная мастопатия 3) хронический мастит 4) рожеподобный рак 5) узловая мастопатия
ПК-5	76. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХОЭКТАЗОВ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ: 1) рентгенография легких 2) томография 3) бронхография 4) бронхоскопия 5) ультразвуковое исследование

ПК-10	77. ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ ИЗ СОСКА ХАРАКТЕРНО: 1) для внутрипротоковой папилломы 2) для болезни Педжета 3) для узловой мастопатии 4) для кисты 5) для фиброаденомы
ОПК-9	78. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ХИМИОТЕРАПИИ СЧИТАЕТСЯ: 1) наличие злокачественной опухоли 2) невозможность проведения хирургического лечения 3) наличие метастазов 4) чувствительность опухоли к цитостатикам 5) невозможность проведения лучевого лечения
ПК-5	79. . КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ "СИНИХ" ПОРОКАХ СЕРДЦА? а) гипоксия всех органов б) гиперволемия и гипертензия в системе легочной артерии в) хронический катар верхних дыхательных путей г) задержка развития д) гиповолемия малого круга 1) а,б,в,г 2) а,в,г 3) б,в,г,д 4) а,г,д
ПК-10	80. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО СЕРДЦА: 1) мерцательная аритмия 2) кардиодилятация 3) систолический шум на верхушке 4) высокое систолическое давление 5) низкое систолическое давление
ПК-10	81. У БОЛЬНОЙ, 43 ЛЕТ, ДИАГНОСТИРОВАН РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 2Б СТАДИИ. ТАКТИКА? 1) радикальная мастэктомия с пред- и послеоперационной R-терапией 2) облучение молочной железы и зон регионарного метастазирования (3.500-4.500 рад) 3) радикальная мастэктомия, двусторонняя овариоэктомия, облучение зон, гормонотерапия 4) радикальная мастэктомия, длительная гормонотерапия 5) лучевая терапия, гормонотерапия
ОПК-9	82. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕКРЕТОРНОЙ И ЭКСКРЕТОРНОЙ ФОРМ АНУРИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ: 1) УЗИ мочевой системы 2) радиоизотопная ренография 3) экскреторная урография 4) почечная артериография 5) лимфография

ПК-6	83. ВЫДЕЛИТЕ СИМПТОМЫ, АБСОЛЮТНЫЕ ДЛЯ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ: 1) патологическая подвижность и крепитация костных отломков 2) отечность и кровоизлияние в мягкие ткани 3) локальная болезненность и нарушение функции 4) деформация конечности 5) гиперемия в области перелома
ПК-10	84. У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ, ВЫЯВЛЕНО ПЛОТНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ПРАВОЙ ДОЛЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗМЕРАМИ 2?2 СМ. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. ДАННЫЕ РАДИОИЗОТОПНОГО СКАНИРОВАНИЯ ПОДТВЕРЖДАЮТ ДИАГНОЗ: УЗЛОВОЙ ЭУТИРЕОИДНЫЙ ЗОБ. ЛЕЧЕНИЕ? 1) резекция части доли щитовидной железы с узлом 2) субтотальная струмэктомия 3) гемиструмэктомия 4) вылущивание опухоли 5) консервативное лечение
ОПК-4	85. ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ГЕМАТУРИЯ: 1) Инициальная 2) Терминальная 3) Тотальная 4) эритроцитурия 5) странгурия
ОПК-11	86.ОПРЕДЕЛИТЬ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КОММУНИКАНТНЫХ ВЕН ПОЗВОЛЯЮТ ВСЕ ПРОБЫ, КРОМЕ: 1) Тальмана 2) Сикара 3) Броди- Троянова-Тренделенбурга 4) Шейниса 5) Претта
ПК-10	87. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Маммография 2) пальпация молочной железы 3) УЗИ молочных желез 4) морфологический 5) термография
ПК-5	88. У БОЛЬНОГО В НИЖНЕЙ ДОЛЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОБНАРУЖЕНА ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА ДИАМЕТРОМ 4 СМ. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НЕОБХОДИМА? 1) Пульмонэктомия 2) Сегментэктомия 3) эхинококкотомия, наружное дренирование кисты 4) эхинококкотомия, обработка полости 5% раствором формалина 5) лобэктомия

ПК-6	89. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИБС: а) толерантность к физической нагрузке менее 400 кг мм/мин б) поражение коронарного русла с сужением артерии на 75% и более в) сужение ствола левой коронарной артерии на 70% г) поражение 3-х венечных артерий д) замещение миокарда в зоне артерии обширным трансмуральным рубцом 1) а,б,в,г 2) а,д 3) г,д 4) Д 5) все ответы правильные
ОПК-11	90. ДЛЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) умбиликация 2) лимонная корка 3) втяжение соска 4) гиперпигментация 5) изъязвление
ПК-10	91. СИНДРОМ ЛЕРИША - ЭТО: 1) брахиоцефальный неспецифический артериит 2) атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты 3) капилляропатия дистальных отделов конечности 4) мигрирующий тромбангиит 5) окклюзия нижней полой вены
ПК-10	92. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ШИНОЙ: 1) Дитерхса 2) Герасимова 3) Крамера 4) Еланского 5) гипсовой повязкой
ОПК-4	93. БОЛЬНАЯ, 42 ЛЕТ, ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ПРИСТУПООБРАЗНЫЙ СУХОЙ КАШЕЛЬ, ПЕРИОДИЧЕСКОЕ КРОВОХАРКАНИЕ. БОЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ 8 ЛЕТ. НА ТОМОГРАММАХ В ПРОСВЕТЕ ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОКРУГЛАЯ ТЕНЬ ДИАМЕТРОМ 1,2 СМ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ. ВАШ ДИАГНОЗ? 1) доброкачественная опухоль 2) Рак 3) Бронхостеноз 4) дивертикул бронха 5) инородное тело

ПК-6	94. КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ХАРАКТЕРИЗУЮТ: а) одышка и утомляемость при физической нагрузке б) яркий румянец в) АД с большим пульсовым колебанием за счет диастолического давления г) систолодиастолический шум во 2-3 межреберье слева от груди д) диастолический шум в 3-м межреберье справа от грудины 1) а, в, г 2) б, в 3) б, в, д 4) а, д 5) все ответы правильные
ПК-10	95. ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВИ НА ЭТАПЕ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) острая гнойная инфекция 2) постгеморрагический шок 3-й ст. при остановленном наружном и отсутстви внутреннего кровотечения 3) травматический шок в сочетании с внутренним кровотечением 4) анаэробная инфекция 5) ожоговый шок
ОПК-9	96. НА 2 ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛОСЬ ДВИГАТЕЛЬНОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, ТАХИКАРДИЯ 130 УД/МИН, ТЕМПЕРАТУРА 39,8°С. ДИАГНОЗ? 1) Гиперпаратиреоз 2) Гипопаратиреоз 3) тиреотоксический шок 4) Гипотиреоз 5) тиреоидит оставшейся части щитовидной железы
ПК-6	97. БОЛЬНОЙ О., 31 ГОДА, КЛИНИЧЕСКИ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ РЕВМАТИЧЕСКОГО СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА. С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ТОЧНО ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА? 1) зондирования правых отделов сердца 2) зондирования левых отделов сердца 3) рентгеноконтрастной левой вентрикулографии 4) рентгенографии сердца 5) грудной аортографии
ОПК-9	98. . СЕКТОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА: 1) при агалактии 2) при диффузной мастопатии 3) при узловой мастопатии 4) при раке Педжета 5) при гинекомастии

ОПК-11	99. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) обзорная рентгенография грудной клетки 2) ЭКГ 3) радиокардиография 4) Фонокардиография 5) перфузионное сканирование легких
ПК-6	100. У БОЛЬНОГО 45 ЛЕТ, ДИАГНОСТИРОВАНА ОСТРАЯ ТОТАЛЬНАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО БОЛЬНОМУ? 1) бронхоскопия с катетеризацией бронхов 2) пункция плевральной полости 3) торакоцентез, дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией содержимого 4) торакотомия, санация полости плевры 5) торакопластика

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВОМУ МАТЕРИАЛУ: «Помощник врача-стационара (хирурга)»

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

Код компетенций	Программные вопросы к зачету по итогам клинический практики «Помощник врача стационара (хирурга) (стационарная, выездная)»
ПК-5, ОПК-4, ОПК-9	1. Понятие об асептике. Виды асептики и антисептики.
ПК-5, ОПК-4	2. Асептика. Обработка рук хирурга. Стерилизация дренажей.
ПК-5, ОПК-11, ОК-8	3. Асептика. Обработка операционного поля, стерилизация операционного белья.
ПК-8, ПК-10,	4. Асептика. Понятие. Источники инфекций.
ПК-5, ПК-8, ОПК-11	5. Вывихи. Механизм. Классификация. Клиника. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ОК-8	6. Гнойные заболевания глубоких клетчаточных пространств, особенности течения, диагностика, лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	7. Гнойные заболевания серозных полостей. Перитонит. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-11, ОК-8	8. Группы крови. Определение группы крови. Проба на совместимость.
ПК-5, ОПК-4,	9. Компоненты крови. Кровозаменители.
ПК-6, ПК-8, ОПК-4	10. Кровотечения. Временная и окончательная остановка кровотечения.
ПК-10, ОПК-11, ОК-8	11. Местное обезболивание. Способы, характеристика различных видов местного обезболивания.
ПК-5, ПК-6, ОПК-4	12. Новокаиновые блокады: показания, противопоказания, осложнения.
ПК-5, ПК-6, ОК-8	13. Обморок. Коллапс. Шок. Клиника, лечение, профилактика.
ПК-10, ОПК-4	14. Онкология. Классификация опухолей. Основные принципы лечения.
ОПК-4, ОПК-9, ОПК-11	15. Первичная хирургическая обработка ран.
ОПК-4, ОПК-9	16. Переломы костей. Классификация. Клиника. Лечение.
ПК-5, ОПК-4, ОК-8	17. Раны. Общие принципы лечения гнойных ран.
ПК-5, ОПК-4, ОПК-9, ОПК-11, ОК-8	18. Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита. Клиника различных осложнений: их диагностика Острый аппендицит у детей, беременных и стариков. Лечение, показания и противопоказания к аппендэктомии, выбор метода обезболивания и оперативного доступа.
ПК-8, ПК-10, ОПК-9, ОК-8	19. Заболевания ободочной кишки: Полипоз. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Основный симптомы. Показания и противопоказания к оперативному лечению
ПК-5, ОК-8	20. Желчнокаменная болезнь и её осложнения: ошибки, опасности, осложнения в хирургии желчевыводящих путей Дифференциальная диагностика желтухи.
ПК-5, ОК-8	21. Острый панкреатит. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5, ПК-6	22. Этиология и патогенез язвенной болезни желудка и кишки. Патологоанатомические изменения. Стадия развития

	язвенной болезни. Клиника и диагностика.
ОПК-11, ОК-8	23. Определение понятия острой кишечной непроходимости. Клиника. Дифференциальная диагностика спастической и механической непроходимости
ПК-5, ОПК-4	24. Определение понятия грыжи. Элементы грыжи живота. Классификация грыж по происхождению, локализации, течению.
ПК-6, ПК-8	25. Фиброаденомы и фиброаденоматоз молочных желез.
ПК-10, ОПК-11	26. Тромбофлебит. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-5	27. Острый парапроктит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
ПК-5, ПК-6	28. Геморрой. Клиника, стадия осложнения, диагностика, лечение.

Код компетенций	Задачи
ПК-5, ПК-10, ОПК-4	Ситуационная задача №1 Больной 54 лет, поступившей с клинической картиной перитонита неясной этиологии, с диагностической целью выполнена лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружен геморрагический выпот, на сальнике - пятна стеатонекроза, имбибиция кровью брыжейки поперечно-ободочной кишки. Вопросы: 1. Ваш диагноз 2. Что можно предпринять во время лапароскопии для уточнения диагноза? 3. Чем надо завершить лапароскопию? 4. Какие дополнительные методы исследования позволят уточнить локализацию и распространенность процесса в пораженном органе? 5. Назначьте консервативное лечение.
ПК-5, ОПК-4, ОПК-9	Ситуационная задача №2 Больная Н., 20 лет, поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, субфебрильную гипертермию через 2 часа от начала заболевания. У больной беременность сроком 20-21 неделя. Живот увеличен в объеме за счет матки, в акте дыхания равномерно участвует всеми отделами, при пальпации мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. . Симптомы Ровзинга, Ситковского, Раздольского, ЩеткинаБлюмберга отрицательные. Вопросы: 1. Ваш дифференциальный диагноз? 2. Ваша тактика лечения на ближайшие 6 часов? 3. Какие дополнительные лабораторные методы обследования надо назначить? 4. Какие дополнительные инструментальные методы обследования надо провести? 5. .Консультация каких специалистов необходима?

ПК-5, ПК-6	Ситуационная задача №3 Больной 60 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на постоянные боли в стопах и голенях, усиливающиеся при ходьбе. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и ИБС. При осмотре пульс на бедренной артерии справа не определяется, слева резкий систолический шум. Проба Оппеля справа 30 секунд, слева 1 минута и 30 секунд. Реографический индекс справа 0.22, слева 0.3. На правой нижней конечности имеется участок в области 1 пальца некротизированных тканей. Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Стадия заболевания? 3. С какими заболеваниями будете дифференцировать? 4. Методы дополнительных исследований? 5. Тактика лечения?
ПК-5, ОПК-9, ОПК-11, ОК-8	Ситуационная задача №4 У больного 43 лет, страдающего язвой 12 п.к., внезапно появились "кинжальные" боли в животе, которые затем стихли. Осмотрен через 8 часов с момента заболевания. Состояние больного удовлетворительное, пульс - 80 ударов в минуту. АД-120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается умеренная болезненность в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сглажена. Температура 37,3 градуса, лейкоцитоз – $10x10^9$ /л. Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз? 3. 3. Какова лечебная тактика?
ПК-5, ПК-8, ОК-8	Ситуационная задача №5 У больного 71 года при поступлении в отделение в правой паховой области отмечается образование выше паховой связки размером 6х5 см, мягко эластической консистенции, безболезненное при пальпации, не опускающееся в мошонку. Элементы семенного канатика не утолщены, пульсация нижней эпигастральной артерии кнаружи от образования. Симптом "кашлевого толчка" положительный, образование легко вправляется в брюшную полость. При ректальном исследовании предстательная железа увеличена в размерах, количество остаточной мочи - 220 мл. Вопросы: 1. Какого вида грыжа имеется у больного? 2. Обоснование диагноза? 3. Дифференциальный диагноз? 4. Какова лечебная тактика?
ПК-5, ПК-6, ПК-8	Ситуационная задача №6 Больной 52 лет оперирован по поводу перитонита неясной этиологии. На операции обнаружено, что в брюшной полости около 1,2 л серозного выпота, на малом и большом сальнике пятна стеатонекроза. После вскрытия желудочно–ободочной связки установлено, что поджелудочная железа резко отечна, дольчатый рисунок железы отсутствует. Желчный пузырь резко напряжен, при надавливании плохо опорожняется, конкрементов не содержит, серозный покров его не изменен.

	Вопросы: 1. С каким заболеванием встретился хирург? 2. О какой форме заболевания свидетельствуют выявленные бляшки стеатонекроза и характер выпота? 3. Каковы причины изменений, выявленных при осмотре желчного пузыря? 4. Что должен предпринять хирург? 5. Назначьте комплекс консервативной послеоперационной терапии.
ПК-5, ОПК-9, ОПК-11	Ситуационная задача №7 При обследовании больной 45 лет врач поликлиники выявил у неё в правой молочной железе плотное размером около 3,0 см в диаметре округлое образование, которое не было связано с подлежащими тканями кожей. Исследование пунктата этого образования не прояснило диагноза. Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Перечислите доброкачественные образования молочной железы? 3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз? 4. Перечислите предрасполагающие факторы развития опухолей молочных желез? 5. Рекомендуемое лечение?
ПК-5, ОК-8	Ситуационная задача №8 У больной 57 лет при проведении лапароскопической операции по поводу острого флегмонозного холецистита выявлен плотный воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, в котором элементы связки не дифференцируются. Вопросы: 1. Ваши действия? 2. Каким способом лучше произвести холецистэктомию? 3. Опишите выбранный способ операции? 4. В чем заключается холецистэктомия по Прибраму?
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	Ситуационная задача №9 У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При пальпации живота отмечено некоторое увеличение размеров инфильтрата и усиление его болезненности. Консистенция инфильтрата неравномерная. По вечерам наблюдалось повышение температуры до 38-39°С. Лейкоцитов в крови $17 \cdot 10^9$/л. Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Как можно его верифицировать? 3. В чем состоит лечебная тактика? 4. Факторы, определяющие выбор оперативных действий?
ПК-5, ПК-6, ОПК-11, ОК-8	Ситуационная задача №10 У больного 30 лет внезапно появились сильные боли в правой паховой области, многократная рвота. В анамнезе у больного в течение 20 лет имеется паховая грыжа. Самостоятельно вправить содержимое грыжи в

	брюшную полость, что ранее с легкостью выполнялось больным, на этот раз не удалось. Грыжевое выпячивание увеличилось в размерах, стало напряженным и болезненным при пальпации. Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. С какой целью проводят перкуссию и аускультацию грыжевого образования? 3. Какие осложнения встречаются при наружных грыжах живота? 4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения? 5. Какие виды натяжной пластики при паховых косых грыжах проводятся?
ПК-5, ПК-6, ОПК-4, ОПК-9, ОПК-11	Ситуационная задача №11 Больной 58 лет, в течение 10 лет страдавший язвенной болезнью желудка, во время очередного обострения поступил в стационар. За последнее время похудел, что связывает с боязнью принимать пищу из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. Анализ крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено умеренное повышение общей кислотности и связанной соляной кислоты. При рентгенологическом исследовании обнаружено ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется ниша диаметром около 2 см; стенка желудка вокруг ниши ригидна, складки слизистой оболочки не выражены. Вопросы: 1. Какой диагноз Вы поставите? 2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз? 3. Какие рентгенологические признаки не характерны для язвы? 4. Определите необходимые дополнительные методы обследования. 5. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?
ПК-5, ОПК-4, ОПК-11	Ситуационная задача №12 Больной 54 лет, поступившей с клинической картиной перитонита неясной этиологии, с диагностической целью выполнена лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружен геморрагический выпот, на сальнике - пятна стеатонекроза, имбибиция кровью брыжейки поперечно-ободочной кишки. Вопросы: 1. Ваш диагноз 2. Что можно предпринять во время лапароскопии для уточнения диагноза? 4. Чем надо завершить лапароскопию? 5. Какие дополнительные методы исследования позволят уточнить локализацию и распространенность процесса в пораженном органе? 6. Назначьте консервативное лечение.
ПК-5, ПК-6, ОПК-11	Ситуационная задача №13 У мужчины 50 лет при пальцевом исследовании прямой кишки обнаружено плотное бугристое подвижное образование, расположенное на высоте 5 см от заднего прохода, с выделением незначительного количества крови. При гистологическом исследовании - аденокарцинома. Отдаленных метастазов не выявлено. Вопросы:

	1. Какие дополнительные методы исследования необходимы? 2. В каком объеме должно быть выполнено радикальное лечение? 3. Следует ли проводить больному предоперационную лучевую терапию? 4. Больному показана временная или постоянная колостома? 5. Проводят ли в послеоперационном периоде лучевую терапию?
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	Ситуационная задача №14 Больной Н 40 лет поступил с жалобами на постоянные боли в животе. Многократную рвоту калового характера, задержку стула и газов. Заболел более 24 часов назад, когда появились схваткообразные боли по всему животу, через 12 часов боли приобрели постоянный характер. Живот при осмотре вздут, асимметричен, кишечные шумы ослаблены. Симптом Валя – положительный. Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Ваше обоснование диагноза? 3. О какой стадии заболевания можно думать? 4. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза? 5. Ваше лечение?
ПК-5, ОК-8	Ситуационная задача №15 У больной, поступившей в клинику с острым флегмонозным холециститом, в последующие 3 дня появились ознобы, температура повысилась до 38^0 С, стала нарастать желтуха. Боли в животе не усилились, явления перитонита не нарастали. Билирубин крови - 80 мкм/л, лейкоциты крови - $18x10^9$ /л. Вопросы: 1. О каком осложнении можно думать? 2. Причина нарастания желтухи? 3. Какие исследования следует предпринять для уточнения диагноза? 4. Какова лечебная тактика?
ПК-5, ОПК-4, ОПК-9	Ситуационная задача №16 Больной 40 лет среди полного здоровья внезапно почувствовал резчайшую боль в эпигастральной области, которая быстро распространилась по всему животу. Рвоты не было. Через 6 часов доставлен в хирургическое отделение. Больной бледен, акроцианоз, холодный пот. Положение его на правом боку с приведенными к животу ногами. Живот доскообразный, в акте дыхания не участвует, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Пульс медленный — 60 ударов в 1 минуту. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие физикальные и специальные исследования надо провести для уточнения диагноза? 3. Стадии течения заболевания? 4. Дифференциальный диагноз? 5. Хирургическая тактика?
ПК-5, ПК-6,	Ситуационная задача №17 Больной 32 лет за 8 часов до поступления в клинику, среди полного здо-

ПК-8, ПК-10	ровья, внезапно почувствовал резкую общую слабость, головокружение, тошноту. Была однократная рвота “кофейной гущей” и дегтеобразный стул. Объективно: больной бледен, одышка до 28 дыханий в 1 минуту, пульс— 130 ударов в 1 минуту, ритмичный. АД—80/60 мм рт. ст. НЬ — 45 г/л. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Возможные причины? 3. Какие исследования необходимо произвести для уточнения диагноза? 4. Как объективно определить характер и тяжесть заболевания? 5. Лечебная тактика?
ПК-5, ПК-6, ОПК-4	Ситуационная задача №18 Больной 25 лет, страдает правосторонней косой паховой грыжей. Поступил для плановой операции. Вопросы: 1. Как отличить прямую грыжу от косой до операции и во время ее? 2. Какая цель операции и каков ее принцип у больных паховой грыжей? 3. Каковы возможны осложнения при операции по поводу паховой грыжи? 4. Какова причина появления грыж 5. Какую операцию вы планируете выполнить?
ПК-5, ПК-6, ОПК-4, ОПК-9	Ситуационная задача №19 У больной 23 лет через месяц после рождения ребенка появились нерезкие боли в правой молочной железе. Через несколько дней боли приобрели стреляющий и дергающий характер, температура тела поднялась до 39 градусов, появились ознобы. При осмотре правая молочная железа напряжена, отечна, гиперемирована. На границе верхних квадрантов определяется твердый инфильтрат размером 10х15 см с размягчением и флюктуацией в центре. Лейкоцитоз - 13 тыс в 1 мкл со сдвигом формулы влево. СОЭ -26 мм в час. Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Какова причина развития данного состояния? 3. Какое лечение Вы назначите больной? 4. Что является показанием к операции и какой объем вмешательства планируется? 5. Возможно ли кормление ребенка грудью? Если да, то когда?

Модуль 2. «Помощник врача-стационара (терапевта) (стационарная, выездная)»

№ П/П	Код компетенций	Тестовые вопросы
1.	**ПК-5**	ОСНОВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) притупление перкуторного звука
		2) бронхиальное дыхание в месте притупления
		3) лихорадка
		4) влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы
		5) ослабление дыхания
2.	**ПК-5**	ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) бронхиальное дыхание
		2) сухие хрипы
		3) крепитация
		4) влажные хрипы
3.	**ПК-5**	ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ
		1) гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
		2) картина ателектаза
		3) тяжистый легочный рисунок
		4) очаговые тени
		5) диффузное снижение прозрачности
4.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) воспалительный процесс в легочной ткани
		2) поражение межреберных нервов
		3) скопление экссудата в плевральной полости
		4) развитие фибринозного воспаления плевры
5.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО ГРУДНАЯ КЛЕТКА НОРМАЛЬНОЙ ФОРМЫ, СМЕЩЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ НЕТ, ТУПОЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ЗВОНКИЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ И ОТЧЕТЛИВАЯ КРЕПИТАЦИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ
		1) долевая пневмония
		2) эмфизема
		3) пневмоторакс
		4) бронхоэктазы
		5) фиброз легкого
6.	**ПК-5**	ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО
		1) ослабление голосового дрожания, ослабление везикулярного дыхания, крепитация
		2) усиление голосового дрожания, бронхиальное дыхание, крепитация

		3) усиление голосового дрожания, жесткое дыхание, крепитация
		4) ослабление голосового дрожания, жесткое дыхание, крепитация
7.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО ОТСТАВАНИЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ДЫХАНИИ, ПРИТУПЛЕНИЕ НИЖЕ УРОВНЯ 3-ГО РЕБРА, ТАМ ЖЕ - ОСЛАБЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ И СНИЖЕНИЕ БРОНХОФОНИИ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - СМЕЩЕНИЕ СЕРДЦА ВЛЕВО. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) гидроторакс
		2) крупозная пневмония
		3) ателектаз
		4) пневмоцирроз
		5) пневмоторакс
8.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) цефтриаксон
		2) гентамицин
		3) доксициклин
		4) бисептол
9.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ФЛОРОЙ
		1) амоксициллин
		2) нитроксолин
		3) гентамицин
		4) тетрациклин
10.	**ПК-8**	АНТИБИОТИК 1 РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) цефтриаксон
		2) гентамицин
		3) азитромицин
		4) бисептол
11.	**ПК-8**	ГРУППА АНТИБИОТИКОВ 1РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) пенициллины
		2) макролиды
		3) цефалоспорины
		4) аминогликозиды
		5) карбапенемы
12.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ПНЕВМОНИИ
		1) лейкопения, анемия, тромбоцитопения
		2) лейкоцитоз, лимфоцитоз
		3) лейкоцитоз, тромбоцитоз
		4) лейкоцитоз со сдвигом влево

13.	**ПК-6**	ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО
		1) деструктивный характер пневмонии
		2) «ржавая» мокрота
		3) скудные физикальные данные
		4) частое развитие эмпиемы плевры
14.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) цефтриаксон
		2) амоксициллин
		3) азитромицин
		4) левофлоксацин
15.	**ПК-6**	ДЛЯ ИНФАРКТНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ТЭЛА ХАРАКТЕРНО
		1) деструктивный характер пневмонии с формированием множественных абсцессов
		2) внезапное появление одышки и боли в груди
		3) выраженные симптомы интоксикации
		4) частое развитие эмпиемы плевры
16.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) цефтриаксон
		2) флуконазол
		3) азитромицин
		4) левофлоксацин
17.	**ПК-8**	ПРИ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ЛЕЧЕНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) пенициллин
		2) гентамицин
		3) бисептол
		4) ампиокс
18.	**ПК-6**	В ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ОТМЕЧЕНО МАССОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПНЕВМОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С МАЛОПРОДУКТИВНЫМ КАШЛЕМ И ВЫРАЖЕННЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ИНТОКСИКАЦИИ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ДВУСТОРОННЕЕ УСИЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА В ПРИКОРНЕВЫХ ОБЛАСТЯХ, ПОЛИМОРФНЫЕ ОЧАГИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АМОКСИЦИЛЛИНОМ, ЦЕФАЛОСПОРИНАМИ НЕЭФФЕКТИВНА. ВЕРОЯТНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ
		1) золотистый стафилококк
		2) микоплазма
		3) пневмоциста
		4) пневмококк

19.	**ПК-6**	ДЛЯ ФРИДЛЕНДЕРОВСКОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО
		1) деструктивный характер пневмонии с формированием множественных абсцессов
		2) «ржавая» мокрота
		3) скудные физикальные данные
		4) интерстициальный характер пневмонии
20.	**ПК-6**	У СЛУЖАЩЕЙ КРУПНОЙ ГОСТИНИЦЫ С КОНДИЦИОНЕРАМИ ОСТРО ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 40^{O}, ПОЯВИЛСЯ ОЗНОБ, КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ, КРОВОХАРКАНЬЕ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДЫХАНИИ, МИАЛГИИ, ТОШНОТА, ДИАРЕЯ. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ С ОБЕИХ СТОРОН. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ
		1) клебсиелла
		2) палочка Пфейффера
		3) легионелла
		4) золотистый стафилококк
21.	**ПК-6**	ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ), ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА
		1) при поступлении в стационар
		2) через 2-3 дня и более после госпитализации
		3) после выписки из стационара
22.	**ПК-6**	БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЕТ АЛКОГОЛЕМ, С ТЯЖЕЛЫМ КАРИЕСОМ ЗУБОВ. В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ СЛАБОСТЬ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СПРАВА. ЛИХОРАДКА, КАШЕЛЬ С ГНОЙНОЙ МОКРОТОЙ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПОЛОСТЬ 3 СМ В ДИАМЕТРЕ В ВЕРХНЕЙ ДОЛЕ СПРАВА, НАПОЛНЕННАЯ ЖИДКОСТЬЮ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) бронхоэктазы
		2) абсцесс
		3) инфаркт легкого
		4) рак легкого
		5) туберкулез
23.	**ПК-5**	У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ СЛАБОСТЬ, ПОТЛИВОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ ПРИ ДЫХАНИИ, ТЕМПЕРАТУРА 38°С, ЧД - 28 В МИНУТУ, ПУЛЬС - 100 В МИНУТУ. ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ ПРИ ДЫХАНИИ. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ СПРАВА ВНИЗУ НЕ ПРОВОДИТСЯ, ТАМ ЖЕ ИНТЕНСИВНОЕ ПРИТУПЛЕНИЕ. ДЫХАНИЕ НАД НИЖНИМ ОТДЕЛОМ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОСЛАБЛЕНО. ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩЕНЫ ВЛЕВО. АНАЛИЗ КРОВИ: ЛЕЙК. – $12x10^{9}$/Л, П/Я - 13%, ЛИМФ. - 13%, СОЭ - 38 ММ/Ч. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) инфильтративный туберкулез легких

		2) плевропневмония
		3) экссудативный плеврит
		4) ателектаз
		5) спонтанный пневмоторакс
24.	**ПК-6**	ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ
		1) пневмококк
		2) стрептококк
		3) стафилококк
		4) легионелла
		5) вирус
25.	**ПК-5**	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ
		1) стойкий выпот
		2) подозрение на эмпиему плевры
		3) подозрение на раковую этиологию
		4) неясные причины выпота
		5) во всех перечисленных случаях
26.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК БРОНХОСПАЗМА
		1) сухие хрипы
		2) влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы
		3) амфорическое дыхание
		4) крепитация
27.	**ПК-5**	ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЭКТАЗОВ
		1) рентгеноскопия легких
		2) томография легких
		3) бронхоскопия
		4) бронхография
		5) спирография
28.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ОКРАСКИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ХОБЛ
		1) вишневый румянец щек
		2) акроцианоз «мраморный», холодный на ощупь
		3) бледность кожных покровов
		4) диффузный цианоз, теплый на ощупь
		5) цвет кожи не изменен
29.	**ПК-5**	КОЛИЧЕСТВО ПАЧКА/ЛЕТ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ
		1) число выкуриваемых сигарет в сутки х стаж курения (годы)
		2) число выкуриваемых сигарет в сутки х стаж курения (месяцы)
		3) число выкуриваемых пачек в неделю х стаж курения (недели)

		4) число выкуриваемых сигарет в неделю х стаж курения (дни)
30.	**ПК-6**	ПОКАЗАТЕЛЬ $ОФВ_1$ ПРИ ХОБЛ 2 СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ
		1) ≥ 80%
		2) <80%
		3) < 50%
		4) < 30%
31.	**ПК-6**	ПОКАЗАТЕЛЬ $ОФВ_1$ ПРИ ХОБЛ 3 СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ
		1) ≥ 80%
		2) <80%
		3) < 50%
		4) < 30%
32.	**ПК-6**	БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОБРАТИМОЙ, ЕСЛИ ПРИРОСТ $ОФВ_1$ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРОНХОДИЛАТАЦИОННОГО ТЕСТА СОСТАВЛЯЕТ
		1) ≥ 50%
		2) ≥ 30%
		3) ≥ 25%
		4) ≥ 15%
33.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭУФИЛЛИНА
		1) дилятация бронхов
		2) снижение секреции
		3) противоаллергическое действие
		4) адреномиметическое действие
		5) антигистаминное действие
34.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) спирография
		2) пульсоксиметрия
		3) исследование газового состава артериальной крови
		4) исследование газового состава венозной крови
35.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮЩИЙСЯ ХАРАКТЕР ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПРИ ХОБЛ
		1) не изменен
		2) тимпанический
		3) укороченный
		4) коробочный
		5) перкуторная тупость
36.	**ПК-6**	ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЗАБОЛЕВАНИЕ), ПРИВОДЯЩИЕ (ЕЕ) К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА
		1) хронический обструктивный бронхит
		2) силикоз
		3) фиброзирующий альвеолит
		4) ожирение
		5) все вышеперечисленные заболевания

37.	**ПК-6**	ОБЪЕКТИВНЫЙ ПРИЗНАК, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКОМУ БРОНХИТУ КРУПНЫХ И СРЕДНИХ БРОНХОВ
		1) свистящие хрипы на выдохе
		2) сухие хрипы на вдохе
		3) сухие жужжащие хрипы на вдохе и выдохе
		4) звонкие влажные хрипы по передней поверхности грудной клетки
		5) не звонкие влажные хрипы над проекцией базальных отделов
38.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СИММЕТРИЧНЫ, КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ, ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СМЕЩЕНА ВНИЗ. ВАШ ДИАГНОЗ
		1) гидропневмоторакс
		2) фиброз легких
		3) диффузная эмфизема легких
		4) бронхиальная астма
		5) крупозная пневмония
39.	**ПК-6**	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА С
		1) серетидом
		2) сальбутамолом
		3) физической нагрузкой
		4) гистамином
40.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЙСЯ МУКОЛИТИКОМ
		1) ацетилцистеин
		2) йодид калия
		3) бромид натрия
		4) трипсин
		5) мукалтин
41.	**ПК-8**	ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ
		1) в осенне-зимний период
		2) длительно
		3) не следует применять вообще
		4) при выделении гнойной мокроты
		5) при появлении кровохарканья
42.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) анализ мокроты
		2) бронхоскопия
		3) томография
		4) бронхография
		5) сцинтиграфия легких

43.	**ПК-6**	ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНОГО С ХОБЛ
		1) одышка разной степени
		2) набухание шейных вен
		3) акроцианоз
		4) тахикардия
		5) пульсация в эпигастрии
44.	**ПК-6**	У БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ВНЕЗАПНО РАЗВИЛАСЬ ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ОДЫШКА СМЕШАННОГО ХАРАКТЕРА, СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ В ПРОЕКЦИИ СРЕДНЕГО ЛЕГОЧНОГО ПОЛЯ СПРАВА. НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЮТСЯ ЗУБЕЦ S В ПЕРВОМ И ЗУБЕЦ Q В ТРЕТЬЕМ СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ ОБУСЛОВИТЬ ПРИВЕДЕННУЮ ВЫШЕ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ
		1) острый инфаркт миокарда
		2) спонтанный пневмоторакс
		3) бронхиальная астма
		4) тромбоэмболия легочной артерии
		5) очаговая пневмония
45.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 27 ЛЕТ 3 ДНЯ ТОМУ НАЗАД ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛСЯ ОЗНОБ, СУХОЙ КАШЕЛЬ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ, ЛИХОРАДКА ДО 38,9°С. ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ ПРИ ДЫХАНИИ. ПЕРКУТОРНО ОТ 3-ГО МЕЖРЕБЕРЬЯ СПЕРЕДИ И ОТ СЕРЕДИНЫ МЕЖЛОПАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА СЗАДИ - ТУПОЙ ЗВУК, ДЫХАНИЕ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ НЕ ПРОВОДИТСЯ. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА СМЕЩЕНА НА 1,5 СМ К НАРУЖИ ОТ СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ. КАКОЙ ДИАГНОЗ СООТВЕТСТВУЕТ ЭТИМ ДАННЫМ
		1) очаговая пневмония в нижней доле справа
		2) крупозная пневмония справа
		3) обострение хронического бронхита
		4) правосторонний экссудативный плеврит
		5) правосторонний гидроторакс
46.	**ПК-6**	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) левожелудочковая недостаточность
		2) анемия
		3) отек легких
		4) правожелудочковая недостаточность
		5) плеврит
47.	**ПК-8**	СРЕДСТВА ДЛЯ БЫСТРОГО ОБЛЕГЧЕНИЯ СИМПТОМОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

		1) быстродействующие в-адреномиметики
		2) ингаляционные глюкокортикостероиды
		3) антитела к IgE
48.	**ПК-6**	ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНА АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА «НЕМОГО ЛЕГКОГО» ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ
		1) накоплением экссудата в плевральной полости
		2) наличием воздуха в плевральной полости
		3) бронхоспазмом
		4) полной обтурацией просвета бронхов вязкой мокротой с развитием ателектазов легочной ткани
49.	**ПК-6**	ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) положительные кожные пробы с аллергенами и связь клинических симптомов с контактом с этими аллергенами
		2) появление приступа удушья при физической нагрузке
		3) появление симптомов бронхиальной астмы при приеме нестероидных противовоспалительных средств
50.	**ПК-5**	ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ОБЫЧНО ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ
		1) пневмоторакс
		2) бронхопневмония
		3) эмфизема легких
		4) плевральный выпот
		5) рак легкого
51.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		1) лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево
		2) эозинофилия
		3) тромбоцитопения
		4) лимфоцитоз
52.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ 1 СТУПЕНИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) препарат неотложной помощи по потребности.
		2) теофиллин замедленного высвобождения
		3) антилейкотриеновые препараты
53.	**ПК-6**	ВНЕШНИЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА РАЗВИТИЕ И ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) генетическая предрасположенность к атопии
		2) пол
		3) ожирение
		4) аллергены
54.	**ПК-6**	ПРИ 1 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ
		1) реже 1 раза в месяц
		2) реже 1 раза в неделю

		3) реже 1 раза в день
		4) ежедневно
55.	**ПК-6**	ПРИ 2 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ
		1) реже 1 раза в месяц
		2) реже 1 раза в неделю
		3) реже 1 раза в день
		4) ежедневно
56.	**ПК-6**	ПРИ 3 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ
		1) реже 1 раза в месяц
		2) реже 1 раза в неделю
		3) реже 1 раза в день
		4) ежедневно
57.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) верапамил
		2) атенолол
		3) метилдопа
		4) гипотиазид
58.	**ПК-5**	ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО
		1) экспираторная одышка
		2) инспираторная одышка
		3) мелкопузырчатые влажные хрипы
		4) кашель с гнойной мокротой
59.	**ПК-11**	ПРЕПАРАТ, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА
		1) сальбутамол
		2) преднизолон
		3) мукалтин
		4) атровент
60.	**ПК-8**	β-АГОНИСТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ
		1) сальбутамол
		2) беротек
		3) сальметерол
		4) беклометазон
61.	**ПК-8**	БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТАЛ ОТМЕЧАТЬ ПРИСТУПЫ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ СТЕНОКАРДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН В

		ДАННОЙ СИТУАЦИИ
		1) амлодипин
		2) атенолол
		3) эналаприл
		4) верапамил
62.	**ПК-8**	60-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПОЛИПАМИ В НОСУ, В СВЯЗИ С РАЗВИТИЕМ ИБС НАЗНАЧЕНА СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ
		1) амлодипин
		2) аторвастатин
		3) эналаприл
		4) аспирин
63.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ - КОМБИНАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО В2-АДРЕНОМИМЕТИКА И ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА
		1) беродуал
		2) пульмикорт
		3) серетид
		4) сальбутамол
64.	**ПК-11**	МАШИНОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ 22 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ВОЗБУЖДЕН, ЧСС - 120 УДАРОВ В МИН., ЧД - 32 В МИН. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ: ДЫХАНИЕ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО, ЕДИНИЧНЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ. PaO_2 - 50 ММ РТ. СТ. В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПОЛУЧИЛ БОЛЕЕ 10 ИНГАЛЯЦИЙ БЕРОТЕКА. ВРАЧОМ СКОРОЙ ПОМОЩИ ВНУТРИВЕННО ВВЕДЕНО 10 мл 2,4% РАСТВОРА ЭУФИЛЛИНА. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНОМУ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ
		1) эуфиллин парентерально
		2) внутривенная регидратация
		3) кортикостероиды
		4) увеличение дозы симпатомиметиков (сальбутамол, беротек, астмопент)
		5) ингаляции кислорода
65.	**ПК-8**	К КОМБИНИРОВАННЫМ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ
		1) эуфиллин
		2) салметерол
		3) бекотид
		4) серетид
66.	**ПК-6**	ПРИ 1 СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРНО
		1) сухие свистящие хрипы

		2) влажные мелкопузырчатые хрипы
		3) участки «немого легкого»
		4) крепитация
67.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ - КОМБИНАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО В2-АДРЕНОМИМЕТИКА И ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА
		1) беродуал (ипратропия бромид/сальбутамол)
		2) пульмикорт (будесонид)
		3) серетид (флутиказон/салметерол)
68.	**ПК-8**	62-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТАЛ ОТМЕЧАТЬ ПРИСТУПЫ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ СТЕНОКАРДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ
		1) коринфар
		2) атенолол
		3) нитросорбид
		4) верапамил
		5) изоптин
69.	**ПК-11**	ПРЕПАРАТ, ПОКАЗАННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА
		1) атропин
		2) сальбутамол
		3) интал
		4) преднизолон
		5) мукалтин
70.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭУФИЛЛИНА
		1) дилятация бронхов
		2) снижение секреции
		3) противоаллергическое действие
		4) адреномиметическое действие
		5) антигистаминное действие
71.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА (БЕРОТЕКА)
		1) снижение тонуса вагуса
		2) стимуляция β_2-рецепторов
		3) блокада а-рецепторов
		4) блокада гистаминорецепторов
		5) непосредственное влияние на гладкую мускулатуру бронхов
72.	**ПК-8**	β-АГОНИСТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ
		1) сальбутамол
		2) беротек
		3) сальметерол
73.	**ПК-8**	АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ПОКАЗАННЫЙ БОЛЬ-

		НОМУ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) нитросорбид
		2) пропранолол
		3) метопролол
		4) амлодипин
		5) моночинкве
74.	**ПК-5**	ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ, УБЕДИТЕЛЬНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЭМ-ПРОБЫ
		1) реверсия негативного зубца Т
		2) удлинение интервала PQ
		3) депрессия сегмента ST более 2 мм
		4) появление предсердной экстрасистолии
		5) преходящая блокада правой ножки пучка Гиса
75.	**ПК-5**	ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ
		1) быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ
		2) при коронарографии в 10% случаев выявляются малоизмененные или непораженные коронарные артерии
		3) приступы возникают чаще ночью
		4) наиболее эффективны антагонисты кальция
		5) физическая нагрузка плохо переносится
76.	**ПК-10**	БОЛЬНОЙ 45-ЛЕТ ПОЛУЧАЕТ ПО ПОВОДУ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ИНЪЕКЦИИ ГЕПАРИНА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРЕПАРАТА РАЗВИЛОСЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ГЕПАРИНА НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ
		1) фибриноген
		2) аминокапроновую кислоту
		3) протаминсульфат
		4) викасол
77.	**ПК-6**	ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИТУАЦИЕЙ, УГРОЖАЮЩЕЙ РАЗВИТИЕМ
		1) инфаркта миокарда
		2) пароксизма тахиаритмии
		3) фибрилляции желудочков
		4) асистолии
		5) разрыва стенки желудочка
78.	**ПК-6**	ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ 1-ГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА
		1) депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе
		2) возникновение болей при подъеме до 1-го этажа
		3) отсутствие изменений ЭКГ в покое
		4) иррадиация болей в левое плечо

		5) давящий характер болей
79.	**ПК-6**	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ФК 2 ХАРАКТЕРНО
		1) выраженное ограничение физической активности, возникновение приступа при подъеме на 1 этаж
		2) возникновение приступов в покое
		3) незначительное ограничение физической активности, возникновение приступов при подъеме по лестнице выше 1 этажа
		4) возникновение приступов стенокардии в ночное время
80.	**ПК-6**	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ФК 3 ХАРАКТЕРНО
		1) выраженное ограничение физической активности, возникновение приступа при подъеме на 1 этаж
		2) возникновение приступов в покое
		3) незначительное ограничение физической активности, возникновение приступов при подъеме по лестнице выше 1 этажа,
		4) возникновение приступов при ходьбе на расстояние более 200 м
		5) возникновение приступов стенокардии в ночное время
81.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) курантил
		2) верапамил
		3) метопролол
		4) каптоприл
82.	**ПК-6**	ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ СТЕНОКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ДАВНОСТЬЮ
		1) 1 день
		2) 1 неделя
		3) 1 месяц
		4) 1 год
83.	**ПК-5**	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ У МУЖЧИНЫ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
		1) ФГС
		2) ЭКГ
		3) рентгенографии грудной клетки
		4) коронароангиографии
84.	**ПК-8**	С АНТИАГРЕГАНТНОЙ ЦЕЛЬЮ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИМЕНЯЮТ
		1) гепарин
		2) варфарин
		3) стрептокиназу
		4) клопидогрель
85.	**ПК-6**	У БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ НОЧЬЮ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИСТУ-

		ПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭКГ РЕГИСТРИРОВАЛСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) инфаркт миокарда
		2) ТЭЛА
		3) стенокардия Принцметала
		4) стенокардия напряжения ФК 4
86.	**ПК-5**	ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) велоэргометрия
		2) рентгенография ОГК
		3) эхокардиография
		4) исследование крови на миоглобин
87.	**ПК-6**	ПОРОК СЕРДЦА, ПРИ КОТОРОМ ХАРАКТЕРНЫ ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ
		1) митральный стеноз
		2) митральная недостаточность
		3) аортальный стеноз
		4) аортальная недостаточность
88.	**ПК-5**	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) мягкая артериальная гипертензия
		2) тромбофлебит вен нижних конечностей
		3) нетипичный болевой синдром в грудной клетке
		4) гиперлипидемия
89.	**ПК-6**	РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ИБС И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИМЕЕТ
		1) возраст и пол больного
		2) гиперлипидемия
		3) эхокардиография
		4) коронарография
90.	**ПК-6**	ПРИЗНАКОМ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) изменение длительности и интенсивности болевых приступов
		2) нарушение ритма и проводимости
		3) снижение АД
		4) повышение АД
91.	**ПК-11**	МЕРЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
		1) электрическая дефибриляция
		2) непрямой массаж сердца
		3) оперативное лечение
		4) консервативное лечение сердечными гликозидами и диуретиками
		5) любое лечение абсолютно бесперспективно

92.	**ПК-5**	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДТВЕРЖДАЕТ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
		1) АСТ
		2) КФК-МВ
		3) ЛДГ
		4) щелочная фосфатаза
		5) γ -глютаматтранспептидаза
93.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) определение СОЭ и лейкоцитов
		2) определение ЛДГ в крови
		3) определение суммарной КФК в крови
		4) определение уровня трансаминаз в крови
		5) определение уровня МВ-фракции КФК в крови
94.	**ПК-5**	АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА МОГУТ БЫТЬ
		1) тоны сердца звучные, ритмичные
		2) первый тон усилен, диастолический шум на верхушке
		3) систолический шум на верхушке, акцент II тона на легочной артерии
		4) ослабление обоих тонов на верхушке
		5) систолический шум над аортой
95.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА
		1) повышение температуры тела до 39°С
		2) перикардит
		3) жгучие боли за грудиной
		4) увеличения количества эозинофилов
		5) артрит
96.	**ПК-10**	НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В КАЧЕСТВЕ АНТИАГРЕГАНТА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ДОЛЖЕН БЫТЬ НАЗНАЧЕН
		1) дипиридамол
		2) ацетилсалициловая кислота
		3) варфарин
		4) гидрохлортиазид
		5) тиклопидин
97.	**ПК-5**	НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
		1) умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
		2) значительный лейкоцитоз, лимфоцитоз
		3) эозинофилия
		4) анемия, ускорение СОЭ, лейкопения
		5) лейкоцитоз в первые 3 дня, ускорение СОЭ в последующие 5-7

		дней
98.	**ПК-5**	ЭКГ ПРИЗНАКОМ ПОДОСТРОГО ПЕРИОДА ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) глубокий отрицательный коронарный зубец Т
		2) нарушение ритма и проводимости
		3) наличие комплекса QS
		4) смещение сегмента ST ниже изолинии
		5) снижение амплитуды зубца R
99.	**ПК-11**	БОЛЬНОЙ 47 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ: ОСТРЫЙ НИЖНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. В ПЕРВЫЕ СУТКИ НАБЛЮДЕНИЯ ВНЕЗАПНО ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ. ПУЛЬС И ДАВЛЕНИЕ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ. НА ЭКГ: СИНУСОВЫЙ РИТМ С ПЕРЕХОДОМ В АСИСТОЛИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ. ЛЕЧЕНИЕ
		1) дефибрилляция
		2) непрямой массаж сердца
		3) внутрисердечное введение симпатомиметиков
		4) индерал внутривенно
		5) ганглиоблокаторы
100.	**ПК-5**	ВЫДЕЛИТЕ ГЛАВНЫЙ ЭКГ - ПРИЗНАК ИНФАРКТА МИОКАРДА (НЕКРОЗ)
		1) гипертрофия левого желудочка
		2) появление глубокого и широкого зубца Q
		3) нарушение a-v проводимости
		4) снижение вольтажа основных зубцов ЭКГ
		5) блокада левой ножки пучка Гиса
101.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (1-Е СУТКИ) РАЗВИЛСЯ ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РЕЗКОЙ СЛАБОСТЬЮ, ПАДЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. НА ЭКГ: ЗУБЕЦ Р НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, QRS УШИРЕН (0.12 СЕК) И ДЕФОРМИРОВАН, ЧИСЛО ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ 150 В МИНУТУ. ВАШ ДИАГНОЗ
		1) пароксизм мерцания предсердий
		2) желудочковая пароксизмальная тахикардия
		3) трепетание предсердий
		4) синусовая тахикардия
		5) наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
102.	**ПК-8**	УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ НАИБОЛЬШИМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМ ЭФФЕКТОМ
		1) спазмолитики
		2) блокаторы кальциевых каналов
		3) средства нейролептанальгезии
		4) нитраты короткого и пролонгированного действия
		5) сердечные гликозиды

103.	**ПК-10**	У БОЛЬНОГО РАЗВИЛСЯ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЮТ ВВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА
		1) эуфиллин
		2) лазикс
		3) лидокаин
		4) обзидан
		5) гепарин
104.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) снижение АД менее 80/50 мм рт.ст.
		2) тахикардия
		3) акроцианоз
		4) снижение общего периферического сосудистого сопротивления
		5) полиурия
105.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 52 ЛЕТ С ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВОЗНИК ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПРИ ОСМОТРЕ: ДИФФУЗНЫЙ ЦИАНОЗ, В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ. ЧСС - 100 В МИНУТУ. АД - 120/100 ММ РТ.СТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ВОЗНИКШЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) кардиогенный шок
		2) тромбоэмболия легочной артерии
		3) отек легких
		4) разрыв межжелудочковой перегородки
		5) ничего из перечисленного
106.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
		1) миоглобина
		2) щелочной фосфатазы
		3) С-реактивного протеина
		4) трансаминаз
		5) тропонина
107.	**ПК-10**	ПАЦИЕНТУ, ПОСТУПИВШЕМУ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА С БОЛЯМИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ В ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ, СО СТОЙКИМ ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ В V2-V5, ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ В СОСТАВЕ ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
		1) ацетилсалициловая кислота внутрь
		2) непрямые антикоагулянты
		3) антиаритмические препараты
		4) тромболитические препараты
		5) блокаторы АДФ-рецепторов тромбоцитов

108.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) мерцательная аритмия
		2) ранние желудочковые экстрасистолы “R на T”
		3) групповые желудочковые экстрасистолы
		4) политопные желудочковые экстрасистолы
		5) наджелудочковые экстрасистолы
109.	**ПК-11**	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИМЕНЯЮТ
		1) тромболитики
		2) нитраты в/в
		3) сердечные гликозиды
		4) кордарон
110.	**ПК-8**	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
		1) клопидогрель
		2) аторвастатин
		3) метопролол
		4) эналаприл
111.	**ПК-8**	АНТИАГРЕГАНТНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ЛЕЧЕНИИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
		1) клопидогрель
		2) аторвастатин
		3) метопролол
		4) эналаприл
112.	**ПК-5**	МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ – «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ ИБС
		1) ЭКГ
		2) коронарография
		3) эхокардиография
		4) вентрикулография
113.	**ПК-6**	ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ
		1) фибрилляция желудочков
		2) тампонада сердца
		3) тромбоэмболия легочной артерии
		4) аневризма левого желудочка
114.	**ПК-5**	ЭКГ-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) негативный зубец Т
		2) наличие комплекса QS
		3) смещение сегмента ST ниже изолинии

		4) широкий комплекс QRS
115.	**ПК-11**	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ПОВЫШЕННЫМ АД НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина
		4) дигоксина
116.	**ПК-11**	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НИЗКИМ АД НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина
		4) дигоксина
117.	**ПК-11**	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина
		4) дигоксина
118.	**ПК-11**	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина
		4) дигоксина
119.	**ПК-11**	ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО ШОКА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) морфина
		3) строфантина
		4) дигоксина
120.	**ПК-8**	ПРИ СИНДРОМЕ ДРЕССЛЕРА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНЫ
		1) глюкокортикоиды
		2) антибиотики
		3) нитраты

		4) антагонисты кальция
121.	**ПК-10**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) нитроглицерин
		2) эналаприл
		3) метопролол
		4) гепарин
122.	**ПК-10**	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) кардиогенный шок
		2) АВ-блокада 2 степени
		3) инсульт
		4) желудочковая экстрасистолия
123.	**ПК-6**	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) фибрилляция желудочков
		2) желудочковая бигимения
		3) атриовентрикулярная блокада II степени
		4) синоаурикулярная блокада II степени
124.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНОГО ИБС
		1) амоксициллин
		2) эуфиллин
		3) аспирин
		4) амлодипин
125.	**ПК-6**	ДЛЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ХАРАКТЕРНО
		1) снижение систолического АД менее 80 мм.рт.ст.
		2) появление систолического шума на верхушке
		3) отсутствие пульса и АД на периферических артериях
		4) усиленный верхушечный толчок
126.	**ПК-5**	В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
		1) подъем сегмента ST
		2) патологический зубец Q
		3) депрессия сегмента ST
		4) патологический зубец QS
127.	**ПК-5**	В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
		1) подъем сегмента ST
		2) патологический зубец Q
		3) депрессия сегмента ST
		4) отрицательный зубец T

128.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) полная компенсаторная пауза
		2) неизмененный комплекс QRS
		3) деформация комплекса QRS
		4) удлинение интервала PQ
129.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) неполная компенсаторная пауза
		2) неизмененный комплекс QRS
		3) деформация комплекса QRS
		4) удлинение интервала PQ
130.	**ПК-6**	ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ 1 СТЕПЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) выпадение отдельных сердечных циклов
		2) выпадение отдельных желудочковых комплексов
		3) выпадение отдельных предсердных комплексов
		4) удлинение интервала PQ
131.	**ПК-6**	ДЛЯ ПОЛНОЙ AV-БЛОКАДЫ ХАРАКТЕРНО
		1) частота пульса - 72 в минуту
		2) ритм перепела
		3) пушечный тон Стражеско
		4) ритм галопа
		5) дефицит пульса
132.	**ПК-6**	ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ 2 СТЕПЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) выпадение отдельных сердечных циклов
		2) выпадение отдельных желудочковых комплексов
		3) выпадение отдельных предсердных комплексов
		4) удлинение интервала PQ
133.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ АВ-БЛОКАДЕ 2 СТЕПЕНИ
		1) эналаприл
		2) атенолол
		3) амлодипин
		4) гипотиазид
134.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ
		1) эналаприл
		2) атенолол
		3) амлодипин
		4) гипотиазид

135.	**ПК-8**	ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ПРЕПАРАТУ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
		1) нитратами
		2) селективными бета-блокаторами
		3) антагонистами кальция
		4) ингибиторами АПФ
136.	**ПК-8**	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ
		1) бронхообструктивный синдром
		2) беременность
		3) гипокалиемия
		4) АВ-блокада 2 степени
137.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
		1) гепарин
		2) дигоксин
		3) аспирин
		4) эналаприл
138.	**ПК-8**	МЕТОПРОЛОЛ НЕЛЬЗЯ КОМБИНИРОВАТЬ С
		1) эналаприлом
		2) аспирином
		3) верапамилом
		4) амлодипином
139.	**ПК-8**	В ОТЛИЧИЕ ОТ ИНГИБИТОРОВ АПФ БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА 2
		1) реже вызывают кашель
		2) не вызывают гипотензии
		3) уменьшают ЧСС
		4) увеличивают ЧСС
140.	**ПК-8**	К БЛОКАТОРАМ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА 2 ОТНОСИТСЯ
		1) эналаприл
		2) аспирин
		3) валсартан
		4) варфарин
141.	**ПК-8**	ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) синоатриальная блокада
		2) хроническая сердечная недостаточность
		3) желудочковая экстрасистолия
		4) наджелудочковая экстрасистолия
142.	**ПК-8**	ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ВАРФАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) синоатриальная блокада
		2) фибрилляция предсердий

		3) желудочковая экстрасистолия
		4) наджелудочковая экстрасистолия
143.	**ПК-8**	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ВАРФАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) тромбоцитопения
		2) хроническая сердечная недостаточность
		3) желудочковая экстрасистолия
		4) гиперкалиемия
144.	**ПК-5**	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) ≤ 6,5 ммоль\л
		2) ≤ 5,6 ммоль\л
		3) ≤ 5,0 ммоль\л
		4) ≤ 3,0 ммоль\л
145.	**ПК-5**	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ХС ЛПНП В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) ≤ 6,5 ммоль\л
		2) ≤ 5,6 ммоль\л
		3) ≤ 5,0 ммоль\л
		4) ≤ 3,0 ммоль\л
146.	**ПК-5**	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) ≤ 1,0 ммоль\л
		2) ≤ 1,7 ммоль\л
		3) ≤ 2,0 ммоль\л
		4) ≤ 3,0 ммоль\л
147.	**ПК-8**	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, СПОСОБНЫЕ ВЫЗВАТЬ РАБДОМИОЛИЗ
		1) статины
		2) фибраты
		3) секвестранты желчных кислот
		4) препараты никотиновой кислоты
148.	**ПК-5**	КОЭФФИЦИЕНТ АТЕРОГЕННОСТИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
		1) не более 1-1,5
		2) не более 2-2,5
		3) не более 3-3,5
		4) не более 4-4,5
149.	**ПК-6**	57-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ, ЧТО В ТЕЧЕНИЕ ГОДА 1-2 РАЗА В МЕСЯЦ ПОД УТРО ВОЗНИКАЮТ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ОТДАЮЩИЕ ПОД ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ, КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ ПОЛУЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА. ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ В МОМЕНТ ПРИСТУПА ПОДЪЕМ ST В ОТВЕДЕНИЯХ V_2-V_58 ММ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ST НА ИЗОЛИНИИ. КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНОГО

		1) стабильная стенокардия 4-го функционального класса
		2) инфаркт миокарда
		3) ишемическая дистрофия миокарда
		4) вариантная стенокардия
		5) прогрессирующая стенокардия
150.	**ПК-6**	ВАРИАНТЫ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
		1) стенокардия Принцметала
		2) впервые возникшая стенокардия напряжения
		3) прогрессирующая стенокардия
		4) частая стенокардия напряжения и покоя
		5) все вышеперечисленное
151.	**ПК-5**	БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ, ЖАЛОБЫ НА ДЛИТЕЛЬНЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ В ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, НЕЧЕТКО СВЯЗАННЫЕ С ВОЛНЕНИЯМИ, ОЩУЩЕНИЯ "ПРОКОЛОВ" В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ПРИ ОСМОТРЕ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО, ЭКГ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. С КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА
		1) с исследования крови на сахар и холестерин
		2) с исследования крови на липопротеиды
		3) с эхокардиографии
		4) с велоэргометрии
		5) с фонокардиографии
152.	**ПК-6**	У БОЛЬНОЙ 52 ЛЕТ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ ПРИ БЫСТРОЙ ХОДЬБЕ И ПОДЪЕМЕ НА ТРЕТИЙ ЭТАЖ, ПРОХОДЯЩИЕ В ТЕЧЕНИЕ 5 МИН. В ПОКОЕ ИЛИ ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 2 НЕДЕЛЬ ПРИСТУПЫ УЧАСТИЛИСЬ, СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ХОДЬБЕ В ОБЫЧНОМ ТЕМПЕ. ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ В МОМЕНТ ПРИСТУПА ЗАФИКСИРОВАНЫ СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ, ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ И ДЕПРЕССИЯ ST, ДОСТИГАЮЩАЯ 2 ММ В ОТВЕДЕНИЯХ V_4-V_6. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ НА ЭКГ В ПОКОЕ В ЭТИХ ЖЕ ОТВЕДЕНИЯХ СОХРАНЯЕТСЯ СТОЙКАЯ ДЕПРЕССИЯ ST, ДОСТИГАЮЩАЯ 1 ММ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) стабильная стенокардия 2-го ФК
		2) инфаркт миокарда
		3) стабильная стенокардия 4-го ФК
		4) стенокардия Принцметала
		5) прогрессирующая стенокардия
153.	**ПК-6**	БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ, НОЧЬЮ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭКГ РЕГИСТРИРОВАЛСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

		1) стенокардия Принцметала
		2) повторный инфаркт миокарда
		3) развитие постинфарктной аневризмы
		4) приступы не имеют отношения к основному заболеванию
		5) тромбоэмболия ветвей легочной артерии
154.	**ПК-6**	ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ О ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС, СТЕНОКАРДИИ СТАНОВИТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ, КОГДА
		1) описан типичный ангинозный приступ, выявлены атеросклеротические изменения (бляшки) артерий при коронарографии
		2) имеются симптомы недостаточности кровообращения
		3) выявлены нарушения ритма
		4) имеются факторы риска ИБС
		5) выявлена кардиомегалия
155.	**ПК-5**	ЭКГ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ
		1) высокий остроконечный зубец Т
		2) депрессия сегмента ST
		3) инверсия зубца Т
		4) тахикардия
		5) наличие зубца Q
156.	**ПК-5**	МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ
		1) ЭКГ
		2) велоэргометрия (ВЭМ)
		3) фонокардиография
		4) эхокардиография
		5) тетраполярная реография
157.	**ПК-5**	ДЛЯ ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПРОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ НА ЭКГ
		1) 1-е, 2-е стандартные отведения, AVL
		2) 3-е, 2-е стандартные отведения, AVF
		3) 1-е стандартное отведение, V_5-V_6
		4) AVL, V_1-V_4
		5) только AVL
158.	**ПК-5**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДТВЕРЖДАЕТ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
		1) АСТ
		2) тропонин
		3) ЛДГ
		4) щелочная фосфатаза
		5) g-глютаматтранспептидаза
159.	**ПК-11**	МУЖЧИНА 50 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В БИТ С ТИПИЧНОЙ КЛИ-

		НИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ И ЭКГ ОСТРОГО ПЕРЕДНЕГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ОСЛОЖНИЛОСЬ РАЗВИТИЕМ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ С ЧАСТОТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА 40 В МИНУТУ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ПРИМЕНЕНИЕ
		1) адреномиметиков
		2) атропина
		3) лазикса
		4) эуфиллина
		5) установление эндокардиального электрода и проведение временной кардиостимуляции
160.	**ПК-10**	БОЛЬНОЙ, 64 ГОДА. ЗАДНЕ-ДИАФРАГМАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ, ДАВНОСТЬ – 12 ЧАСОВ. ОДЫШКА УМЕРЕННАЯ, СОХРАНЯЕТСЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ. ПУЛЬС - 64 В МИНУТУ, РИТМИЧНЫЙ, АД - 140/80 ММ РТ. СТ. С ЧЕГО СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ
		1) алтеплаза
		2) нитросорбид
		3) строфантин внутривенно
		4) гепарин
		5) нитроглицерин внутривенно
161.	**ПК-6**	НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ
		1) разрыв сердца
		2) кардиогенный шок
		3) синдром Дресслера
		4) нарушение ритма сердца
		5) нарушение проводимости
162.	**ПК-6**	ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ХАРАКТЕРНО
		1) повышение температуры тела
		2) перикардит
		3) плеврит
		4) пневмония
		5) все вышеперечисленное
163.	**ПК-8**	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ДЕЗАГРЕГАНТ
		1) нитросорбид
		2) аспирин
		3) варфарин
		4) гепарин
		5) нифедипин
164.	**ПК-5**	БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НЕКРОЗА МИОКАРДА
		1) щелочная фосфатаза и γ-глутамилтранспептидаза крови
		2) миоглобин и КФК-МВ
		3) эозинофилы

		4) креатинин и мочевина
		5) холестерин, триглицериды, ЛПНП
165.	**ПК-6**	У 45-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ПОСЛЕ БОЛЬШОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ РАЗВИЛИСЬ РЕЗКИЕ ДАВЯЩИЕ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ, ОТДАЮЩИЕ В ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ. БОЛИ БЫЛИ КУПИРОВАНЫ СКОРОЙ ПОМОЩЬЮ ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ МОРФИНА НА ЭКГ: ПОДЪЕМ ST В ОТВЕДЕНИЯХ I, AVL, V_5-V_6, СНИЖЕНИЕ ST В ОТВЕДЕНИЯХ III, V_1-V_2. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) тромбоэмболия легочной артерии
		2) задне-диафрагмальный инфаркт миокарда
		3) передний распространенный инфаркт миокарда
		4) передне-перегородочный инфаркт миокарда
		5) передне-боковой инфаркт миокарда
166.	**ПК-6**	КАК СЛЕДУЕТ КВАЛИФИЦИРОВАТЬ УХУДШЕНИЕ В ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ, ЕСЛИ У БОЛЬНОГО НА 4-Й НЕДЕЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ВОЗНИКЛИ ИНТЕНСИВНЫЕ СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ПОЯВИЛАСЬ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА НА ЭКГ И ВНОВЬ ПОВЫСИЛАСЬ АКТИВНОСТЬ АСТ, АЛТ, КФК - МВ
		1) ТЭЛА
		2) рецидивирующий инфаркт миокарда
		3) повторный инфаркт миокарда
		4) развитие синдрома Дресслера
		5) вариантная стенокардия
167.	**ПК-10**	ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ ПРИМЕНЯЮТ
		1) фуросемид в/в
		2) эуфиллин в/в
		3) ингаляции симпатомиметика
		4) обзидан в/в
168.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) горизонтальная депрессия ST
		2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец T
		3) подъем ST
		4) глубокие зубцы Q
		5) зубцы QS
169.	**ПК-5**	ИЗМЕНЕНИЯ КРОВИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) увеличение уровня миоглобина, креатинина, мочевины
		2) увеличение активности АСТ, АЛТ, билирубина
		3) появление С-реактивного белка, ревматоидного фактора, LE-клеток
		4) повышение уровня тропонина, миоглобина, КФК-МВ
		5) повышение щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ

170.	**ПК-8**	БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАЗНАЧАЮТ ДЛИТЕЛЬНО АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ, ПОТОМУ ЧТО ОНА
		1) снижает протромбиновый индекс
		2) препятствует агрегации тромбоцитов
		3) лизирует образовавшиеся тромбы
		4) ингибирует внутренний механизм свертывания крови
		5) механизм положительного действия аспирина неизвестен
171.	**ПК-6**	ДЛЯ ПОЛНОЙ AV-БЛОКАДЫ ХАРАКТЕРНО
		1) частота пульса - 72 в минуту
		2) ритм перепела
		3) пушечный тон Стражеско
		4) ритм галопа
		5) дефицит пульса
172.	**ПК-8**	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПРИСТУПЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ
		1) строфантин
		2) лидокаин
		3) новокаинамид
		4) этацизин
		5) кордарон
173.	**ПК-8**	У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ОТМЕЧАЕТСЯ СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ 45 В МИНУТУ. ОТ УСТАНОВКИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА БОЛЬНОЙ КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТКАЗЫВАЕТСЯ. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СРЕДСТВ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНО ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
		1) анаприлин
		2) кордарон
		3) атропин
		4) дигоксин
		5) новокаинамид
174.	**ПК-6**	У 42-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ЧАСТЫЕ ПРЕДСЕРДНЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ, ОЩУЩАЕМЫЕ БОЛЬНЫМ КАК НЕПРИЯТНЫЕ "ТОЛЧКИ" В ГРУДИ. ЧЕМ ГРОЗИТ ДАННОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА
		1) развитием недостаточности кровообращения
		2) появлением мерцательной аритмии
		3) появление пароксизмальной тахикардии
		4) появлением коронарной недостаточности
		5) развитием фибрилляции желудочков
175.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

		1) никотиновая кислота
		2) клофибрат
		3) тироксин
		4) аторвастатин
176.	**ПК-8**	У БОЛЬНОГО 74 ЛЕТ НАБЛЮДАЛИСЬ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ПРИСТУПЫ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ, РЕДКИЙ ПУЛЬС. ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В СВЯЗИ С КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ. НА ЭКГ ЗАРЕГИСТРИРОВАНА ПОЛНАЯ ПОПЕРЕЧНАЯ БЛОКАДА СЕРДЦА, ЧСС – 46 В МИНУТУ, ПРИЗНАКОВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ НЕТ. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНУЮ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО
		1) имплантация ЭКС
		2) назначить аспаркам
		3) назначить анаприлин
		4) провести дефибрилляцию
		5) ничего из перечисленного
177.	**ПК-8**	ОСНОВНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ В-БЛОКАТОРОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ СВЯЗАН С
		1) уменьшением частоты и силы сокращений сердца
		2) расширением коронарных артерий
		3) расширением периферических артерий
		4) увеличением коронарного кровотока вследствие увеличения ЧСС
		5) дилятацией периферической венозной системы
178.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ
		1) горизонтальная депрессия ST
		2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т
		3) подъем ST
		4) глубокие зубцы Q
		5) зубцы QS
179.	**ПК-5**	КАКИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) диффузный гиперкинез
		2) диффузный гипокинез
		3) локальный гипокинез
		4) локальный гиперкинез
180.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
		1) колющая боль в сердце при физической нагрузке
		2) тупая ноющая боль после нервного перенапряжения
		3) стойкая загрудинная давящая, иногда жгучая, с широкой иррадиацией
		4) сжимающая боль в сердце, купирующаяся нитроглицерином через 2-5 минут

		5) острая режущая боль в сердце, связанная с определенным положением тела
181.	**ПК-6**	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) отсутствие во всех отведениях зубца Р
		2) неизмененный комплекс QRS
		3) деформация комплекса QRS
		4) удлинение интервала PQ
182.	**ПК-6**	САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) острая левожелудочковая недостаточность
		2) тампонада сердца
		3) фибрилляция желудочков
		4) ТЭЛА
183.	**ПК-6**	ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ВОЗНИКАЮТ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ
		1) мерцательной аритмии
		2) синусовой брадикардии
		3) желудочковой экстрасистолии
		4) полной АВ-блокаде
184.	**ПК-6**	КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДАЕТ КЛИНИКУ СТЕНОКАРДИИ
		1) заболевания пищевода
		2) диафрагмальная грыжа
		3) язвенная болезнь желудка
		4) хронический колит
		5) острый панкреатит
185.	**ПК-8**	АНТИАНГИНАЛЬНЫМ И ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОБЛАДАЕТ
		1) аспирин
		2) каптоприл
		3) метопролол
		4) изосорбид-динитрат
186.	**ПК-8**	СИНДРОМ «ОБКРАДЫВАНИЯ» У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЛЕДУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА
		1) нитроглицерин
		2) каптоприл
		3) аторвастатин
		4) метопролол
		5) дипиридамол
187.	**ПК-6**	КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА КРИТЕРИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

		1) систолическое давление равно или выше 130 мм рт. ст., а диастолическое давление равно или выше 85 мм рт. ст.
		2) систолическое давление равно и выше 140 мм рт. ст., а диастолическое давление равно и выше 90 мм рт. ст.
		3) систолическое давление равно или выше160 мм рт. ст., а диастолическое давление равно или выше - 100 мм рт. ст.
188.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК ВСТРЕЧАЕТСЯ С НАСТУПЛЕНИЕМ 2 СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ВОЗ)
		1) гипертонические кризы
		2) дилатация сердечных полостей
		3) стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии
		4) гипертрофия левого желудочка
		5) появление приступов стенокардии
189.	**ПК-10**	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛСЯ ОТЕК ЛЕГКИХ. АД - 220/140 ММ РТ. СТ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ
		1) беталок
		2) коринфар
		3) капотен
		4) дигоксин
		5) фуросемид
190.	**ПК-8**	КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АД - 190/110 ММ РТ. СТ., У КОТОРОГО ИМЕЕТСЯ ПОЛИПОЗ НОСА И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА
		1) клофелин
		2) эналаприл
		3) гипотиазид
		4) амлодипин
		5) атенолол
191.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) систолический шум на верхушке сердца
		2) приглушенность тонов сердца
		3) акцент II тона над аортой
		4) ритм галопа
		5) систолический шум над аортой
192.	**ПК-6**	КРИТЕРИЯМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ
		1) геморрагии или экссудаты на глазном дне
		2) быстро прогрессирующее ухудшение функции почек
		3) отек соска зрительного нерва
		4) сочетание трех названных критериев

		5) резистентность к лечению β-адреноблокаторами
193.	**ПК-5**	ПРИЗНАКИ ЭКГ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) остроконечный зубец Р в отведениях II, III
		2) гипертрофия левого желудочка
		3) блокада правой ножки пучка Гиса
		4) блокада левой ножки пучка Гиса
		5) уширенный, двугорбый зубец Р в отведениях I, II
194.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ
		1) β-адреноблокаторы
		2) ингибиторы АПФ
		3) допегит (метилдопа)
		4) антагонисты рецепторов ангиотензина 11
		5) диуретики
195.	**ПК-8**	ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНОЙ ГРУППЕ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ
		1) нитроглицерин
		2) метопролол
		3) празозин
		4) беродуал
196.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 1 СТАДИИ
		1) отсутствие признаков поражения органов-мишеней
		2) скорость клубочковой фильтрации 60 мл/мин
		3) индекс Соколова-Лайона равен 40 мм
		4) холестерин 6,5 ммоль/л
197.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 2 СТАДИИ
		1) отсутствие признаков поражения органов-мишеней
		2) скорость клубочковой фильтрации 90 мл/мин
		3) индекс Соколова-Лайона равен 40 мм
		4) холестерин 6,5 ммоль/л
198.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 3 СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
		1) дилатация сердечных полостей
		2) стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии
		3) появление приступов стенокардии
		4) гипертрофия левого желудочка
199.	**ПК-6**	ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ МОГУТ ОСЛОЖНЯТЬ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
		1) только при 1 стадии
		2) только при 2 стадии
		3) только при 3 стадии

		4) при любой стадии
		5) только при злокачественной гипертензии
200.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
		1) клофелин
		2) эналаприл
		3) метопролол
		4) верапамил
201	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ТАХИКАРДИЕЙ
		1) гипотиазид
		2) эналаприл
		3) амлодипин
		4) верапамил
202.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С БРАДИКАРДИЕЙ
		1) гипотиазид
		2) эналаприл
		3) амлодипин
		4) верапамил
203.	**ПК-6**	НОРМАЛЬНОЕ АД
		1) ниже 120/80 мм рт. ст.
		2) ниже 130/85 мм рт. ст.
		3) ниже 139/89 мм рт. ст.
		4) ниже 159/99 мм рт. ст.
		5) ниже 179/109 мм рт. ст.
204.	**ПК-6**	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 1 СТЕПЕНИ
		1) 120-129/80-85 мм рт. ст.
		2) 130-139/85-89 мм рт. ст.
		3) 140-159/90-99 мм рт. ст.
		4) 160-179/100-109 мм рт. ст.
		5) 180-189/110-115 мм рт. ст.
205.	**ПК-6**	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 2 СТЕПЕНИ
		1) 120-129/80-85 мм рт. ст.
		2) 130-139/85-89 мм рт. ст.
		3) 140-159/90-99 мм рт. ст.
		4) 160-179/100-109 мм рт. ст.
		5) 180-189/110-115 мм рт. ст.
206.	**ПК-6**	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 3 СТЕПЕНИ
		1) 140-159/90-99 мм рт. ст.
		2) 160-179/100-109 мм рт. ст.

		3) 180/110 мм рт. ст. и выше
		4) 190/115 мм рт. ст. и выше
		5) 200/120 мм рт. ст. и выше
207.	**ПК-6**	ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) ниже 110/70 мм рт. ст.
		2) ниже 120/80 мм рт. ст.
		3) ниже 125/75 мм рт. ст.
		4) ниже 130/85 мм рт. ст.
		5) ниже 140/90 мм рт. ст.
208.	**ПК-6**	ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
		1) ниже 110/70 мм рт. ст.
		2) ниже 120/80 мм рт. ст.
		3) ниже 125/75 мм рт. ст.
		4) ниже 130/85 мм рт. ст.
		5) ниже 140/90 мм рт. ст.
209.	**ПК-6**	МУЖЧИНА, 60 ЛЕТ, СТРАДАЕТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ БОЛЕЕ 5 ЛЕТ, КУРИТ. ПЕРЕНЕС ОПЕРАЦИЮ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АД = 160/95 ММ РТ СТ. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) гипертоническая болезнь 2 стадия 2 степень риск 3
		2) гипертоническая болезнь 3 стадия 3 степень риск 4
		3) гипертоническая болезнь 3 стадия 2 степень риск 4
		4) гипертоническая болезнь 2 стадия 1 степень риск 3
210.	**ПК-6**	ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 2 СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
		1) стенокардии напряжения
		2) инфаркта миокарда
		3) гипертрофии левого желудочка
		4) хронической сердечной недостаточности
211.	**ПК-6**	ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 3 СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
		1) микроальбуминурии
		2) протеинурии
		3) гломерулонефрита
		4) хронической почечной недостаточности
212.	**ПК-6**	ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 3 СТАДИИ ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
		1) утолщением комплекса интимы-медии более 0,9 мм
		2) «перемежающейся» хромотой
		3) появлением атеросклеротических бляшек в крупных артериях
		4) увеличением скорости пульсовой волны (плече-лодыжечный индекс)

213.	**ПК-8**	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА
		1) каптоприл
		2) гипотиазид
		3) метопролол
		4) метилдопа
214.	**ПК-10**	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОТЕКОМ ЛЕГКИХ
		1) каптоприл
		2) фуросемид
		3) метопролол
		4) клофелин
215.	**ПК-10**	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА
		1) нитроглицерин
		2) фуросемид
		3) метопролол
		4) магния сульфат
		5) клофелин в\в
216.	**ПК-8**	СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД У БОЛЬНЫХ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ
		1) фуросемида
		2) клофелина и бета-блокатора
		3) нитропруссида натрия и бета-блокатора
		4) дроперидола
217.	**ПК-10**	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛАСЬ НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин
		4) лазикс
218.	**ПК-10**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У БЕРЕМЕННЫХ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин
		4) лазикс
219.	**ПК-10**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРО-

		ВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У БЕРЕМЕННЫХ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин
		4) лазикс
220.	**ПК-8**	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) капотен сублингвально
		2) клофеллин в\в
		3) натрия нитропруссид
		4) фуросемид в\в
221.	**ПК-6**	В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА РАЗВИВАЕТСЯ
		1) через 2-3 недели после перенесенной ангины
		2) на фоне ОРВИ
		3) вне связи с какой-либо перенесенной инфекцией
		4) после физической нагрузки, переохлаждения
		5) в остром периоде стрептококковой инфекции
222.	**ПК-6**	ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) золотистый стафилококк
		2) β-гемолитический стрептококк группы С
		3) β-гемолитический стрептококк группы А
		4) возбудитель неизвестен
		5) пневмококк
223.	**ПК-6**	КАКОЙ КЛАПАН СЕРДЦА РАНЬШЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ
		1) аортальный
		2) митральный
		3) трехстворчатый
		4) клапан легочной артерии
		5) все клапаны одновременно
224.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) крапивница
		2) кольцевидная эритема
		3) петехии
		4) узловатая эритема
		5) иктеричность кожи
225.	**ПК-8**	ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ВОЛЬТАРЕНА СВЯЗАН С
		1) блокированием гистамина
		2) возбуждением адренорецепторов
		3) влиянием на гипоталамические центры
		4) стимулированием метаболизма миокарда

		5) подавление биосинтеза простагландинов
226.	**ПК-6**	РЕВМАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
		1) поражением мелких суставов кистей рук
		2) «летучим» поражением крупных суставов
		3) поражением крупных суставов с их деформацией
		4) поражением большого пальца стопы
227.	**ПК-6**	К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ (МАЛЫМ) КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ
		1) лихорадка
		2) кардит
		3) хорея
		4) артрит
228.	**ПК-8**	ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) антибиотиков пенициллинового ряда
		2) антибиотиков-аминогликозидов
		3) нестероидных противовоспалительных препаратов
		4) сердечных гликозидов
229.	**ПК-8**	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) антибиотиков пенициллинового ряда
		2) нестероидных противовоспалительных препаратов
		3) антибиотиков-аминогликозидов
		4) сердечных гликозидов
230.	**ПК-8**	ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) ципрофлоксацина
		2) бициллина
		3) цефтриаксона
		4) кларитромицина
231.	**ПК-6**	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
		1) ревматизма
		2) инфаркта миокарда
		3) травмы грудной клетки
		4) инфекционного эндокардита
		5) всех вышеперечисленных заболеваний
232.	**ПК-5**	ПРИ СОЧЕТАННОМ МИТРАЛЬНОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩАЮТСЯ
		1) вверх
		2) влево, вверх и вправо
		3) вверх и вправо
		4) влево
		5) влево и вниз

233.	**ПК-8**	ЖЕНЩИНА 40 ЛЕТ, СТРАДАЮЩАЯ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ЖАЛУЕТСЯ НА ОДЫШКУ, УСТАЛОСТЬ, КОТОРЫЕ ПОСТЕПЕННО ПРОГРЕССИРУЮТ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ МОЖЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ЛЕГКУЮ ДОМАШНЮЮ РАБОТУ. БОЛЬНОЙ ПОКАЗАНЫ
		1) бициллинопрофилактика
		2) антикоагулянты
		3) препараты дигиталиса
		4) митральная комиссуротомия
		5) имплантация искусственного клапана
234.	**ПК-5**	УКАЖИТЕ R- ПРИЗНАКИ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА
		1) талия сердца сглажена
		2) увеличение сердца в поперечнике
		3) талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса
		4) талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса
		5) талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого и большого радиуса
235.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) физикальное обследование
		2) эхокардиография
		3) электрокардиография
		4) рентгенологическое исследование
236.	**ПК-6**	ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА ХАРАКТЕРНО РАННЕЕ РАЗВИТИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
		1) аортального стеноза
		2) недостаточности аортального клапана
		3) митрального стеноза
		4) недостаточности митрального клапана
237.	**ПК-5**	ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА
		1) аортальный стеноз
		2) недостаточность аортального клапана
		3) митральный стеноз
		4) недостаточность митрального клапана
238.	**ПК-5**	ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА НА ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА
		1) аортального стеноза
		2) недостаточности аортального клапана

		3) митрального стеноза
		4) недостаточности митрального клапана
239.	**ПК-5**	ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА НА ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
		1) недостаточность аортального клапана
		2) аортальный стеноз
		3) недостаточность митрального клапана
		4) митральный стеноз
240.	**ПК-6**	У БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВПРАВО И ВВЕРХ, СИМПТОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. КАКОЙ ПОРОК СЕРДЦА ВЕРОЯТЕН У БОЛЬНОЙ
		1) стеноз митрального клапана
		2) недостаточность митрального клапана
		3) стеноз аортального клапана
		4) недостаточность аортального клапана
241.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО И ВНИЗ, ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ В ТОЧКЕ БОТКИНА-ЭРБА. КАКОЙ ПОРОК СЕРДЦА ВЕРОЯТЕН У БОЛЬНОГО
		1) стеноз митрального клапана
		2) недостаточность митрального клапана
		3) стеноз аортального клапана
		4) недостаточность аортального клапана
242.	**ПК-5**	ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
		1) систолический шум на верхушке
		2) диастолический шум на верхушке
		3) систолический шум над аортой
		4) хлопающий первый тон на верхушке
243.	**ПК-5**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА
		1) ослабленный 1-й тон на верхушке
		2) систолический шум на верхушке сердца
		3) протодиастолический шум во 2-м межреберье справа
		4) хлопающий первый тон на верхушке
244.	**ПК-5**	ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) пульсация зрачков
		2) снижение пульсового давления
		3) высокое диастолическое АД
		4) систолический шум над аортой

245.	**ПК-6**	СТЕНОЗ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
		1) ревматизма
		2) инфаркта миокарда
		3) травмы грудной клетки
		4) сифилиса
246.	**ПК-5**	ПАЦИЕНТ 19 ЛЕТ НАПРАВЛЕН НА ОБСЛЕДОВАНИЕ С ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА. ПРИ ОСМОТРЕ БЫЛ ВЫЯВЛЕН СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. КАКОЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИЛИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА ПОРОКА СЕРДЦА
		1) ЭКГ
		2) эхокардиография
		3) рентгеноскопия грудной клетки
		4) исследование крови на титры антистрептококковых антител
		5) ни один из перечисленных методов
247.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) S.Aureus
		2) Str.pneumoniae
		3) Kl.pneumonia
		4) H.influensae
248.	**ПК-6**	ПОРАЖЕНИЕ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ
		1) у наркоманов
		2) у детей
		3) у мужчин
		4) у женщин
249.	**ПК-5**	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ЭХО-КГ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) гипокинез
		2) акинез
		3) вегетации на клапанах
		4) дилатация полостей сердца
250.	**ПК-8**	АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ
		1) оксациллин, гентамицин
		2) амоксициллин, кларитромицин
		3) фтивазид, рифампицин
251.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) оперативные вмешательства
		2) длительное курение

		3) тесный контакт с больным туберкулезом легких
		4) психоэмоциональный стресс
252.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫЕ КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) кольцевидная эритема
		2) эритема в форме бабочки на лице
		3) узелки Ослера
		4) узелки Гебердена
253.	**ПК-6**	К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ
		1) лихорадка
		2) узелки Ослера
		3) подвижные вегетации на створках клапана
		4) пятна Рота
254.	**ПК-6**	ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ
		1) аортальный клапан
		2) митральный клапан
		3) трикуспидальный клапан
		4) клапан легочной артерии
255.	**ПК-8**	ОСНОВА ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
		1) активная иммунокорригирующая терапия
		2) длительная терапия глюкокортикостероидами
		3) хирургическое лечение
		4) непрерывная антибактериальная терапия
256.	**ПК-8**	КАКОЙ АНТИБИОТИК НАИБОЛЕЕ ВСЕГО ПОКАЗАН БОЛЬНОМУ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ, ВЫЗВАННЫМ СТРЕПТОКОККОМ, С АЛЛЕРГИЕЙ К ПЕНИЦИЛЛИНУ
		1) эритромицин
		2) цефалоспорины
		3) ампициллин
		4) оксациллин
		5) ванкомицин
257.	**ПК-8**	НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ
		1) амоксициллин
		2) флуконазол
		3) цефтриаксон
		4) ванкомицин
258.	**ПК-6**	В ОСНОВЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЖИТ
		1) нарушение насосной функции сердца
		2) снижение АД
		3) снижение функции автоматизма сердца
		4) гипертрофия левого желудочка

		5) понижение давления в малом круге
259.	**ПК-6**	ОСНОВНЫМ НАЧАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЗАСТОЙНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) периферические отеки нижних конечностей
		2) гипертензия в малом круге кровообращения
		3) выпот в плевральных полостях
		4) увеличение живота
		5) повышение конечного диастолического давления в правом желудочке
260.	**ПК-8**	УКАЖИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) ректальный
		2) сублингвальный
		3) внутрь
		4) внутривенный
		5) накожный
261.	**ПК-6**	РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ СПОСОБСТВУЕТ
		1) появление отеков на нижних конечностях
		2) повышение давления в легочных капиллярах
		3) депонирование крови в печени
		4) дилатация правых отделов сердца
		5) уменьшение постнагрузки
262.	**ПК-10**	НАЗНАЧЬТЕ ПРЕПАРАТ ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ
		1) введение прессорных аминов
		2) лазикс внутривенно
		3) эуфиллинвнутрь
		4) ингаляция симпатомиметика
263.	**ПК-8**	КАКОЙ ДИУРЕТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) лазикс
		2) верошпирон
		3) диакарб
		4) гипотиазид
264.	**ПК-6**	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ
		1) вентрикулография
		2) стресс допплер-эхокардиография
		3) компьютерная томография
		4) допплер-эхокардиография
		5) электрокардиография

265.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ И ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ
		1) электрокардиография
		2) эхокардиография
		3) рентгенография сердца в трех проекциях
		4) фонокардиография
		5) зондирование полостей сердца
266.	**ПК-5**	ОДНИМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) КФК
		2) аминотрансфераз
		3) креатинина
		4) натрийуретических пептидов
		5) щелочной фосфатазы
267.	**ПК-5**	СИМПТОМОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ЭКГ-ПРИЗНАК
		1) отклонение электрической оси сердца вправо
		2) смещение переходной зоны влево
		3) высокие зубцы R в левых грудных отведениях
		4) высокие зубцы R в правых грудных отведениях
		5) глубокие зубцы S в левых грудных отведениях
268.	**ПК-8**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К СЕРДЕЧНЫМ ГЛИКОЗИДАМ
		1) дигоксин
		2) строфантин
		3) изоланид
		4) коргликон
		5) верошпирон
269.	**ПК-8**	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ β-БЛОКАТОРОВ
		1) синусовая тахикардия
		2) желудочковая тахикардия
		3) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
		4) бронхиальная астма
		5) артериальная гипертония
270.	**ПК-6**	ДЛЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) увеличение печени
		2) кашель
		3) сердечная астма
		4) акроцианоз
		5) отеки

271.	**ПК-5**	ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)
		1) выявление HP в гистологических препаратах слизистой оболочки желудка
		2) выявление HP в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		3) выделение чистой культуры HP и определение ее чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
272.	**ПК-5**	БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)
		1) выявление HP в мазках -отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		2) выделение чистой культуры и определение ее чувствительности к антибиотикам
		3) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)
		4) определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов ^{14}C или ^{13}C (дыхательный тест)
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
273.	**ПК-5**	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)
		1) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		2) выделение чистой культуры HP и определение чувствительности к антибиотикам
		3) выявление антител IgM и IgG к HP в крови с помощью ИФА
		4) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
274.	**ПК-5**	ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)
		1) выявление HP в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка
		2) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		3) выделение чистой культуры и определение чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК HP в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале)
		методом ПЦР
		5) изучение уреазной активности HP в биоптатах слизистой оболочки желудка (CLO-тест)

275.	**ПК-5**	БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI (HP) ОСНОВАН НА ВЫЯВЛЕНИИ
		1) изучение уреазной активности HP в биоптатах слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
		2) выявление антител IgM и IgG к H.pylori в крови с помощью иммуноферментного анализа
		3) выделение чистой культуры HP и определение чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК HP в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале)
		методом ПЦР
		5) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
276.	**ПК-8**	КЛАРИТРОМИЦИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacter pylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
277.	**ПК-8**	ОМЕПРАЗОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacter pylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
278.	**ПК-8**	МЕТОКЛОПРАМИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacter pylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
279.	**ПК-6**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНА АНЕМИЯ
		1) железодефицитная
		2) B_{12}- дефицитная
		3) гипопластическая (апластическая)
		4) гемолитическая
280.	**ПК-8**	ПАНКРЕАТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacter pylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
281.	**ПК-8**	К МИОТРОПНЫМ СПАЗМОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ

		1) панкреатин
		2) метоклопрамид
		3) де-нол
		4) дротаверин
282.	**ПК-5**	В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И РАКОМ ЖЕЛУДКА САМЫМ ВАЖНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) рентгеноскопия желудка
		2) исследование желудочной секреции с гистамином
		3) фиброгастроскопия с прицельной биопсией
		4) реакция Грегерсена
		5) цитологическое исследование промывных вод желудка
283.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ ФАМОТИДИН
		1) блокатор н2-гистаминорецепторов
		2) холинолитик общего действия
		3) холинолитик местного действия
		4) антацид
		5) миотоник
284.	**ПК-5**	САМЫМ НАДЕЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ЯБ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ
		1) рентгенологическое
		2) кала на скрытую кровь
		3) желудочной секреции
		4) физикальное (перкуссия, пальпация)
		5) эндоскопическое
285.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ АЛМАГЕЛЬ
		1) блокатор н2-гистаминорецепторов
		2) холинолитик общего действия
		3) антацид
		4) холинолитик местного действия
		5) миотоник
286.	**ПК-8**	ХОЛИНОЛИТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ
		1) через 30 минут после еды
		2) через 1-2 часа после еды
		3) за 30 мин. до еды
		4) только на ночь
		5) во время приема пищи
287.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ВКЛЮЧАЮТ В КВАДРОСХЕМУ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ
		1) панкреатин
		2) де-нол
		3) атропин
		4) платифиллин

288.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОЯВИЛИСЬ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА. ЭТО ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
		5) кровотечение
289.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
290.	**ПК-6**	У 30-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ОТМЕЧАЮТСЯ НОЧНЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, УМЕНЬШАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ. ВНЕЗАПНО ПОСЛЕ ПОДЪЕМА ТЯЖЕСТИ ПОЯВИЛИСЬ ОСТРЫЕ БОЛИ. ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
291.	**ПК-8**	ПРОТИВОЯЗВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, БЛОКИРУЮЩИЙ Н-2 РЕЦЕПТОРЫ ГИСТАМИНА
		1) энпростил
		2) сукральфат
		3) даларгин
		4) фамотидин
		5) гастал
292.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫСЕВАЕТСЯ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
		1) стафилококк
		2) стрептококк
		3) грибы рода candida
		4) helicobacter pylori
		5) энтерококк
293.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
		1) рвота кофейной гущей
		2) рвота к вечеру утренней пищей
		3) похудание, нарастание анемии
		4) интенсивные боли опоясывающего характера

		5) мелена
294.	**ПК-8**	К ИНГИБИТОРАМ ПРОТОНОВОГО НАСОСА ОТНОСИТСЯ
		1) омепразол
		2) зантак
		3) протаб
		4) смекта
		5) энпростил
295.	**ПК-8**	К ГАСТРОЦИТОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ
		1) панкреатин
		2) метронидазол
		3) атропин
		4) сукральфат
296.	**ПК-8**	ВЫРАЖЕННЫЙ ПРОТИВОРВОТНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ
		1) панкреатин
		2) метоклопрамид
		3) кларитромицин
		4) дротаверин
297.	**ПК-8**	ОКРАШИВАНИЕ КАЛА В ЧЕРНЫЙ ЦВЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ
		1) панкреатина
		2) метоклопрамида
		3) де-нола
		4) метронидазола
298.	**ПК-6**	ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОТЛИЧАЮЩИЙ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
		1) особенности болевого синдрома
		2) отсутствие сезонности обострений
		3) диагностика Helicobacter pylori
		4) астеноневротический
299.	**ПК-6**	ВЫБЕРИТЕ ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА
		1) болевой
		2) желудочной диспепсии
		3) кишечной диспепсии
		4) астеноневротический
300.	**ПК-8**	У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ 2-ЛЕТНЕЙ РЕМИССИИ ВОЗНИК РЕЦИДИВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЕЙ. БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С СИЛЬНЫМИ БОЛЯМИ И РВОТОЙ КИСЛЫМ СОДЕРЖИМЫМ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЫ ПРЕДПОЧТЕТЕ, НАРЯДУ С ДИЕТОЙ И РЕЖИМОМ

		1) церукал
		2) промедол
		3) атропин
		4) анальгин
301.	**ПК-6**	КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
		2) постоянная боль, не связанная с приемом пищи
		3) острая «кинжальная» боль
		4) боли через 30 мин после еды
302.	**ПК-5**	КАКОВ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
		1) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
		2) схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
		3) постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи
		4) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		5) боли через 30 мин после еды
303.	**ПК-8**	ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ ЭРАДИКАЦИОННАЯ СХЕМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
		1) омепразол+амоксициллин+кларитромицин
		2) омепразол+амоксициллин+де-нол
		3) омепразол+амоксициллин+платифиллин
		4) омепразол+амоксициллин+фамотидин
304.	**ПК-8**	ДЛЯ ПРЕПАРАТА ФАМОТИДИН ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ
		1) блокатор H_2-гистаминорецепторов
		2) холинолитик
		3) ингибитор протонной помпы
		4) антацид
		5) спазмолитик
305.	**ПК-8**	ДЛЯ ПРЕПАРАТА АЛЬМАГЕЛЬ ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ
		1) блокатор H_2-гистаминорецепторов
		2) холинолитик
		3) ингибитор протонной помпы
		4) антацид
		5) спазмолитик
306.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОБОСТРЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ "ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ", РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

		ВОЗНИКЛО У БОЛЬНОГО
		1) пенетрация
		2) перфорация
		3) кровотечение
		4) стеноз привратника
		5) малигнизация
307.	**ПК-6**	СТРЕССОВАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ
		1) перфорацией
		2) кровотечением
		3) пенетрацией
		4) малигнизацией
		5) ничем из названного
308.	**ПК-6**	К ВАМ НА ПРИЕМ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ 1,5-2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И НАТОЩАК. НА НАЛИЧИЕ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО УКАЗЫВАЕТ ЭТОТ СИМПТОМ
		1) хронический гастрит
		2) язвенная болезнь желудка
		3) язвенная болезнь 12-перстной кишки
		4) холецистит
		5) панкреатит
309.	**ПК-8**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
		1) атропин
		2) натуральный желудочный сок
		3) альмагель
		4) гастросидин
		5) гистамин
310.	**ПК 8**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ
		1) бетацид
		2) панзинорм
		3) фамотидин
		4) преднизолон
		5) натуральный желудочный сок
311.	**ПК 8**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ БЛОКИРУЕТ H_2-ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ
		1) димедрол
		2) метацин
		3) альмагель
		4) атропин
		5) фамотидин

312.	**ПК 8**	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
		1) холинолитики
		2) симпатомиметики
		3) полусинтетические пенициллины
		4) H_2-гистаминовые блокаторы
		5) висмутсодержащие препараты (де-нол)
313.	**ПК 6**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНО
		1) приступы желчной колики
		2) нарушение стула
		3) диспепсический синдром
		4) утолщение стенки желчного пузыря на УЗИ
314.	**ПК 5**	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСКИНЕЗИИ
		1) схваткообразная боль в правом подреберье при нарушении диеты
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
315.	**ПК 8**	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) платифиллин
		2) но-шпа
		3) беззондовые тюбажи
		4) хирургическое лечение
316.	**ПК 8**	У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
		1) аллохол
		2) платифиллин
		3) сульфат магния
		4) урсофальк
317.	**ПК 5**	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ
		1) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку при нарушении диеты

318.	**ПК 8**	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) сорбит
		2) но-шпа
		3) беззондовые тюбажи
		4) хирургическое лечение
319.	**ПК 5**	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСКИНЕЗИИ
		1) схваткообразная боль в правом подреберье при нарушении диеты
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
320.	**ПК 8**	К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
321.	**ПК 8**	К ХОЛЕРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
322.	**ПК 8**	РАСТВОРЕНИЮ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ СПОСОБСТВУЕТ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
323.	**ПК 5**	РЕШАЮЩИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА
		1) дуоденальное зондирование
		2) УЗИ
		3) холецистография
		4) рентгеноскопия желудка
		5) ретроградная панкреато-холангиография
324.	**ПК 5**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМ
		1) симптом Мюссэ
		2) симптом Менделя
		3) симптом Щеткина-Блюмберга
		4) симптом Мейо-Робсона

		5) симптом Кера
325.	**ПК 5**	ДЛЯ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ ХАРАКТЕРНО
		1) смена поносов запорами
		2) изжога
		3) боли в левом подреберье
		4) плохая переносимость жирной пищи
		5) ничего из перечисленного
326.	**ПК 8**	У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
		1) атропин
		2) папаверин
		3) нитроглицерин
		4) морфин
		5) анальгин
327.	**ПК 6**	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХОЛАНГИТА
		1) боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота
		2) приступ болей в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи
		3) кратковременная боль в эпигастрии, рвота, понос
		4) фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз
		5) тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью
328.	**ПК 8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
		1) аллохол
		2) платифиллин
		3) сульфат магния
		4) урсофальк
329.	**ПК 8**	БОЛЬНАЯ 60 ЛЕТ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЕТ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПРИСТУПАМИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. ПРИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ МНОЖЕСТВО МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНОЙ
		1) спазмолитики
		2) β-блокаторы
		3) антибиотики
		4) холеретики
		5) холекинетики
330.	**ПК 5**	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

		1) схваткообразная боль в правом подреберье при нарушении диеты
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) боль носит «опоясывающий» характер
331.	**ПК 6**	ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) желчно-каменная болезнь
		2) псевдокисты поджелудочной железы
		3) злоупотребление алкоголем
		4) алиментарный фактор
332.	**ПК 5**	ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) панкреозиминовый тест
		2) тест Шиллинга
		3) тест на толерантность к глюкозе
		4) проба Ласуса
333.	**ПК 6**	ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) лейкоцитоз
		2) уровень амилазы крови и мочи
		3) уровень щелочной фосфатазы
		3) гипергликемия
334.	**ПК 5**	ХАРАКТЕРНЫМ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) кольцевидная эритема
		2) пятна Лукина
		3) симптом «рубиновых капелек»
		4) узелки Ослера
335.	**ПК 6**	СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИ
		1) хроническом панкреатите
		2) хроническом холецистите
		3) хроническом гастрите
		4) хроническом гепатите
336.	**ПК 8**	В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
		1) бускопана
		2) креона
		3) панкреатина
		4) фестала

337.	**ПК 8**	ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ ПРОТЕОЛИЗА ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) контрикал
		2) креон
		3) фестал
		4) платифиллин
338.	**ПК 8**	С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) кетонал
		2) креон
		3) церукал
		4) фестал
339.	**ПК 8**	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОНТРИКАЛА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) болевой синдром
		2) диспепсический синдром
		3) гиперферментемия
		4) гипергликемия
340.	**ПК 6**	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) креаторея, стеаторея, снижение массы тела
		2) боли в левом подреберье, лейкоцитоз
		3) гипергликемия
		4) желтуха, гипербилирубинемия
341.	**ПК 6**	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) креаторея, стеаторея, снижение массы тела
		2) боли в левом подреберье, лейкоцитоз
		3) гипергликемия
		4) желтуха, гипербилирубинемия
342.	**ПК 8**	ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) контрикала
		2) креона
		3) сандостатина
		4) инсулина
343.	**ПК 5**	МЕТОД ОЦЕНКИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) секретин-панкреозиминовый тест
		2) определение радиоиммунного инсулина в крови
		3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
		4) ангиография поджелудочной железы
344.	**ПК 5**	КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА ОБЛЕГЧАЕТ БОЛЬ ПРИ ХРОНИ-

		ЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ
		1) лежа на левом боку
		2) лежа на правом боку
		3) коленно-локтевое положение
		4) лежа на спине
345.	**ПК 8**	ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ
		1) фосфалюгель
		2) платифиллин
		3) сандостатин
		4) трасилол
		5) квамател
346.	**ПК 8**	В БОРЬБЕ С БОЛЬЮ ПРИ ХП НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ
		1) кетонал
		2) трамадол
		3) баралгин
		4) морфин
347.	**ПК 6**	ВЫДЕЛИТЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ТОТ, ПРИ КОТОРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКАЯ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩАЯ ФОРМА ПАНКРЕАТИТА
		1) наличие кист в поджелудочной железе
		2) злоупотребление алкоголем
		3) желчнокаменная болезнь
		4) тнаследственность
		5) инфицирование вирусом эпидемического паротита
348.	**ПК 6**	НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ СИМПТОМОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) рвота
		2) изжога
		3) отрыжка
		4) боль
		5) метеоризм
349.	**ПК 6**	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ ОБ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
		1) кальцификация поджелудочной железы при УЗИ
		2) повышение эхогенности поджелудочной железы при УЗИ
		3) нарушение толерантности к глюкозе
		4) гиперамилазурия
350.	**ПК 8**	ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ С НАИБОЛЬШЕЙ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТЬЮ
		1) фестал
		2) панкреатин
		3) креон
		4) мезим

351.	**ПК-6**	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ ОБ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
		1) кальцификация поджелудочной железы при УЗИ
		2) повышение эхогенности поджелудочной железы при УЗИ
		3) нарушение толерантности к глюкозе
		4) гиперамилазурия
352.	**ПК 8**	БЛОКАТОРОМ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) гастрин
		2) секретин
		3) соматостатин
		4) холецистокинин
		5) инсулин
353.	**ПК 5**	ИЗ КОЖНЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ ХП ХАРАКТЕРНЫ
		1) сосудистые звездочки
		2) ксантомы
		3) "рубиновые капельки"
		4) следы расчесов
		5) желтушность
354.	**ПК 8**	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПОДАВЛЯЮТ СЕКРЕЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) антациды
		2) холинолитики
		3) H_2-блокаторы
		4) трасилол, контрикал
		5) октреотид, сандостатин
355.	**ПК 8**	ДИЕТА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ
		1) белковая
		2) углеводная
		3) жировая
		4) голод
356.	**ПК 6**	ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ
		1) сдавление общего желчного протока головкой поджелудочной железы
		2) повышенный гемолиз
		3) реактивный гепатит
		4) присоединение желчнокаменной болезни
		5) синдром Жильбера
357.	**ПК 5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) лейкоцитоз
		2) уровень аминотрансфераз крови
		3) уровень амилазы крови и мочи

		4) уровень щелочной фосфатазы
		5) гипергликемия
358.	**ПК 8**	КАКОЕ СРЕДСТВО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) антациды
		2) холинолитики
		3) фамотидин
		4) трасилол
		5) тразикор
359.	**ПК 6**	ПРИЧИНОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) повышенный распад эритроцитов
		2) отек головки поджелудочной железы
		3) обтурация желчного протока камнем
		4) образование преципитатов в протоках поджелудочной железы
360.	**ПК 6**	ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО
		1) при язвенной болезни
		2) при желчнокаменной болезни
		3) при постгастрорезекционном синдроме
		4) при хроническом колите
		5) при лямблиозе
361.	**ПК 8**	ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ
		1) углеводы
		2) белки
		3) жиры
		4) жидкость
		5) минеральные соли
362.	**ПК 5**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕСТОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
		1) секретин-панкреозиминовый тест
		2) сцинтиграфия поджелудочной железы
		3) определение жира в кале
		4) все перечисленные методы
		5) ни один из перечисленных
363.	**ПК 5**	В ФАЗУ ВИРУСНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
		1) HBeAg
		2) HBsAg
		3) HBcAg
		4) HCV
364.	**ПК 6**	В ФАЗУ ВИРУСНОЙ РЕПЛИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В МАРКЕРОМ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

		1) HBeAg
		2) HBsAg
		3) HBcAg
		4) HCV
365.	**ПК 6**	АКТИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
		1) выраженностью фиброза
		2) уровнем трансаминаз
		3) уровнем билирубина
		4) уровнем СОЭ
366.	**ПК 6**	СПЕЦИФИЧНЫМ СИНДРОМОМ ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) болевой
		2) диспепсический
		3) цитолитический
		4) астено-вегетативный
367.	**ПК 6**	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ,
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глютаматтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
368.	**ПК 6**	ДЛЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ,
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глютаматтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
369.	**ПК 6**	МАЛОСИМПТОМНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
		1) хронического вирусного гепатита B
		2) хронического вирусного гепатита C
		3) хронического вирусного гепатита D
		4) хронического аутоиммунного гепатита
370.	**ПК 8**	КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
		1) левамизол
		2) эссенциале
		3) интерферон α
		4) лактулоза
371.	**ПК 8**	КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕ-

		РАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С ЯВЛЯЕТСЯ
		1) снижение гиперферментемии
		2) уменьшение клинических симптомов
		3) элиминация сывороточной HDV-ДНК
		4) элиминация сывороточной HCV-ДНК
372.	**ПК 8**	УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
373.	**ПК 8**	АДЕМЕТИОНИН (ГЕПТРАЛ) ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
374.	**ПК 8**	ЛАКТУЛОЗА (ДЮФАЛАК) ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
375.	**ПК 8**	ЛАМИВУДИН ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
376.	**ПК 8**	ЭКСТРАКТ ПЛОДОВ РАСТОРОПШИ ПЯТНИСТОЙ ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) иммуносупрессивное
		3) гепатопротективное
		4) детоксицирующее
377.	**ПК 8**	ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАКОГО ГЕПАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ АЗАТИОПРИН
		1) хронического вирусного гепатита B
		2) хронического вирусного гепатита C
		3) хронического вирусного гепатита D
		4) хронического аутоиммунного гепатита
378.	**ПК 8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОКАЗЫВАЕТ ВЫРАЖЕННОЕ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ
		1) метотрексат
		2) преднизолон
		3) интерферон α

		4) лактулоза
379.	**ПК 5**	КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
		1) биопсия
		2) сканирование
		3) компьютерная томография
		4) обследование на маркеры вирусных гепатитов
380.	**ПК 8**	ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ НУЖНО ОГРАНИЧИТЬ
		1) жиры
		2) белки
		3) углеводы
		4) минеральные соли
381.	**ПК 6**	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ОТНОСИТСЯ
		1) асцит, спленгомегалия, «голова медузы»
		2) полиурия, гипотония, брадикардия
		3) инверсия сна, раздражительность
		4) желтуха, кожный зуд, телеангиэктазии
382.	**ПК 6**	ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
		1) билирубин, ПТИ, альбумин
		2) билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза
		3) трансаминазы, фибриноген
		4) α-фетопротеин, щелочная фосфатаза
383.	**ПК 6**	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ
		1) спленомегалия, снижение массы тела
		2) желтуха, гепатомегалия
		3) петехии, лихорадка, гепато-спленомегалия
		4) асцит, энцефалопатия
384.	**ПК 6**	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГЕПАТО-РЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ
		1) олигурия, азотемия
		2) гематурия, никтурия
		3) поллакиурия, полиурия
		4) протеинурия, нефротический синдром
385.	**ПК 8**	ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) лапароцентез
		2) ограничение белка, назначение диуретиков
		3) проведение форсированного диуреза
		4) ограничение соли и жидкости, введение альбумина, назначение диуретиков

386.	**ПК 5**	НОРМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ
		1) 5,0-20,5 мкмоль/л
		2) 0,5-5, 0 мкмоль/л
		3) 10,0-15,0 мкмоль/л
		4) 20,5-40,1 мкмоль/л
387.	**ПК 6**	ДЛЯ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО
		1) желтуха, кожный зуд, снижение массы тела
		2) желтуха, кожный зуд, положительный симптом Курвуазье
		3) желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
		4) желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
388.	**ПК 6**	ДЛЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО
		1) желтуха, спленомегалия, увеличение непрямого билирубина
		2) желтуха, кожный зуд, положительный симптом Курвуазье
		3) желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
		4) желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
389.	**ПК-6**	ДЛЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глютаматтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
390.	**ПК-6**	ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО
		1) желтуха, кожный зуд, снижение массы тела
		2) желтуха, кожный зуд, положительный симптом Курвуазье
		3) желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
		4) желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
391.	**ПК-8**	ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ НУЖНО ОГРАНИЧИТЬ
		1) жиры
		2) белки
		3) углеводы
		4) минеральные соли
392.	**ПК-6**	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ И ДРУГИХ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
		2) повышение уровня ЩФ, g-глютаматтранспептидазы, повышение b-липопротеидов, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия
		3) снижение уровня холинэстеразы, протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина, гипербилирубинемия

		4) повышение уровня g-глобулинов, изменение белково-осадочных проб, повышение уровня иммуноглобулинов
		5) повышение уровня щелочной фосфатазы, снижение уровня холинэстеразы, повышение уровня g-глобулинов, гипербилирубинемия
393.	**ПК-6**	ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ
		1) желтуха
		2) бугристая печень
		3) повышение уровня аминотрансфераз
		4) отсутствие в крови а-фетопротеина
		5) повышение уровня билирубина
394.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ПОРТАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ СО СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ - 90Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ - 2,5МЛН, ЛЕЙКОЦИТЫ - 3,5 ТЫС, ТРОМБОЦИТЫ – 74 ТЫС. ФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЧЕМ ОБЪЯСНИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ
		1) гемолизом
		2) кровопотерей из расширенных вен пищевода
		3) гиперспленизмом
		4) нарушением всасывания железа
		5) синдромом холестаза
395.	**ПК-6**	ЖЕНЩИНА 35 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА КОЖНЫЙ ЗУД. БОЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ПЛОТНАЯ УВЕЛИЧЕННАЯ ПЕЧЕНЬ, ВЫСТУПАЮЩАЯ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 10СМ. БИЛИРУБИН – 96 МКМОЛЬ/Л, ПРЯМОЙ - 80 МКМОЛЬ/Л, ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА - 400 ЕД, АЛТ - 86 ЕД. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) портальный цирроз печени
		2) хронический активный гепатит
		3) гемолитическая желтуха
		4) билиарный цирроз печени
		5) острый вирусный гепатит
396.	**ПК-6**	ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЕ
		1) на кровоточащую язву 12-перстной кишки
		2) на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
		3) на тромбоз мезентериальной артерии
		4) на неспецифический язвенный колит
		5) на кровоточащие язвы желудка
397.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ
		1) наследственный сфероцитоз
		2) синдром Жильбера
		3) хронический вирусный гепатит с выраженной активностью

		4) желчно-каменная болезнь
		5) цирроз печени
398.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ УХУДШИЛОСЬ СОСТОЯНИЕ: ПОЯВИЛАСЬ СОНЛИВОСТЬ, СПУТАННОЕ СОЗНАНИЕ, УСИЛИЛАСЬ ЖЕЛТУХА, УМЕНЬШИЛАСЬ В РАЗМЕРАХ ПЕЧЕНЬ, ИЗО РТА СЛАДКОВАТЫЙ ЗАПАХ. ЧЕРЕЗ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ БОЛЬНОЙ ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ, ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ, АРЕФЛЕКСИЯ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАЗВИЛОСЬ У БОЛЬНОГО
		1) холестаз
		2) печеночная кома
		3) желудочно-кишечное кровотечение
		4) портальная гипертензия
		5) гепато-ренальный синдром
399.	**ПК 8**	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) вторичный билиарный цирроз
		2) хронический высокой активности гепатит
		3) хронический минимальной активности гепатит
		4) новообразование печени
		5) ни одно из перечисленных состояний
400.	**ПК-6**	ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глютамилтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
401.	**ПК-6**	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА
		1) вирусный гепатит в анамнезе
		2) данные гистологического исследования печени
		3) выявление в сыворотке крови австралийского антигена
		4) периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия
		5) выявление в сыворотке α-фетопротеина
402.	**ПК-6**	ПОДБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
		1) раннее развитие желтухи и позднее портальной гипертензии
		2) раннее поражение ЦНС
		3) раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной недостаточности
		4) наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности ЩФ

		5) пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови
403	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО И НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА
		1) наследственный сфероцитоз
		2) синдром Жильбера
		3) холедохолитиаз
		4) хронический гепатит высокой активности
		5) опухоль pancreas
404.	**ПК-6**	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ
		1) бромсульфалеиновой пробы
		2) уровня g-глобулинов
		3) уровня аминотрансфераз
		4) уровня ЩФ
		5) уровня кислой фосфатазы
405.	**ПК-6**	ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ
		1) наличием цитолитического синдрома
		2) наличием холестатического синдрома
		3) наличием портальной гипертензии
		4) наличием синдрома холемии
		5) наличием паренхиматозной желтухи
406.	**ПК-5**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА
		1) тяжесть в эпигастрии
		2) боли в правом подреберье с иррадиацией в спину
		3) горечь во рту
		4) опоясывающие боли
		5) дисфагию
407.	**ПК-6**	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
		2) повышение уровня ЩФ
		3) снижение уровня протромбина
		4) изменение белково-осадочных проб
		5) положительная реакция Кумбса
408.	**ПК-6**	ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ВЫРАЖЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОТ ПРОЧИХ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) значительное увеличение печеночных ферментов
		2) гистологические изменения
		3) иммунологические показатели
		4) гепатомегалия
		5) желтуха

409.	**ПК-6**	В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) уровень альбуминов
		2) уровень билирубина
		3) тимоловая проба
		4) уровень трансаминаз
		5) ни один из перечисленных тестов
410.	**ПК-6**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ
		1) кровоточивость десен
		2) увеличение селезенки
		3) кожный зуд
		4) повышение АСТ и АЛТ
		5) снижение уровня холинэстеразы
411.	**ПК-8**	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ВЫРАЖЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ
		1) глюкокортикоиды и липоевая кислота
		2) декарис и интерферон
		3) делагил и витамины группы В
		4) глютаминовая кислота и декарис
		5) глюкокортикоиды и азатиоприн
412.	**ПК-6**	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
		1) увеличение уровня g-глобулинов
		2) снижение уровня липопротеидов
		3) повышение ЩФ
		4) повышение уровня АСТ и АЛТ
		5) снижение уровня кислой фосфатазы
413.	**ПК-6**	АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
		1) вторичного гиперальдостеронизма
		2) гипоальбуминемии
		3) портальной гипертензии
		4) все перечисленное
		5) ничего из перечисленного
414.	**ПК-6**	ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ
		1) диспепсический
		2) астенический
		3) портальная гипертензия
		4) холестаз
		5) печеночная недостаточность
415.	**ПК-6**	ГЕПАТОМЕГАЛИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
		1) острых гепатитах
		2) хронических гепатитах
		3) циррозах печени

		4) болезнях накопления
		5) болезнях крови
		6) при всех вышеперечисленных состояниях
416.	**ПК-6**	ДЛЯ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ХАРАКТЕРНО
		1) асцит, спленгомегалия, «голова медузы»
		2) анемия, тромбоцитопения
		3) инверсия сна, раздражительность
		4) желтуха, гипербилирубинемия
417.	**ПК-6**	ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение уровня только непрямого билирубина
		2) повышение уровня только прямого билирубина
		3) повышение уровня обеих фракций в зависимости от преобладания механизма обмена билирубина в печени
418.	**ПК-8**	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
		1) азатиоприм
		2) эссенциале
		3) интерферон α
		4) гептрал
		5) преднизолон
419.	**ПК-6**	ВИРУС ГЕПАТИТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАННЫЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ
		1) HBV
		2) HCV
		3) HDV+ HBV
		4) HGV
		5) нет четкой закономерности
420.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ СНИЖАЮЩИЙ РЕФЛЮКС
		1) атропин
		2) метацин
		3) мотилиум
		4) гордокс
		5) папаверин
421.	**ПК-8**	В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ГИПЕРАМИЛАЗЕМИЕЙ, НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧАТЬ
		1) баралгин
		2) трасилол (гордокс, контрикал)
		3) блокаторы H_2 -рецепторов гистамина
		4) жидкие антациды
		5) фестал
422.	**ПК-5**	К ИНДИКАТОРНЫМ ФЕРМЕНТАМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ
		1) ЛДГ, АСТ, АЛТ
		2) фруктозо-1-6-дифосфатальдолаза

		3) церулоплазмин
		4) холинэстераза
		5) урокиназа
423.	**ПК-5**	БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПЕЧЕНИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПРИ
		1) застойной печени
		2) острых гепатитах, хронических заболеваниях печени в период активности
		3) циррозах печени
		4) хроническом персистирующем гепатите
424.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ИМЕЕТСЯ РИСК ЕЕ ПЕРЕДАЧИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
		1) HBV
		2) HCV
		3) HBV и HCV
425.	**ПК-5**	К МАРКЕРАМ НАРУШЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ
		1) АЛТ
		2) АСТ
		3) ЛДГ
		4) щелочная фосфатаза
		5) пти
426.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ, НАБЛЮДАЕМЫЙ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) отёки
		2) лейкоцитурия
		3) артериальная гипертензия
		4) протеинурия
		5) боли в поясничной области
427.	**ПК-6**	ОСТРЫЙ ДИФФУЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОСЛЕ
		1) стрептококковых инфекций
		2) острых вирусных инфекций
		3) оперативных вмешательств
		4) перенесённой инфекции мочевых путей
		5) стафилококковых инфекций
428.	**ПК-6**	БОЛИ В ОБЛАСТИ ПОЯСНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ
		1) с наличием конкрементов в мочевыводящей системе
		2) с набуханием почек
		3) с апостематозными изменениями паренхимы почек
		4) с нарушениями уродинамики
		5) с ишемическим инфарктом почек

429.	**ПК-5**	ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ
		1) повышение креатинина и мочевины крови
		2) повышение калия плазмы
		3) гиперпротеинемия
		4) повышение натрия плазмы
430.	**ПК-6**	СРЕДИ ЭКЗОГЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
		1) гиподинамия
		2) травматическое воздействие
		3) охлаждение
		4) лучевое поражение
		5) избыточное употребление поваренной соли с пищей
		6) амилоидоз почек
431.	**ПК -8**	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В ОЛГИУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ, СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ 200 МЛ. СКОЛЬКО ЖИДКОСТИ МОЖНО ВВОДИТЬ БОЛЬНОМУ
		1) 1500мл
		2) 200мл
		3) 500мл
		4) 700мл
		5) 2000мл
432.	**ПК-5**	ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОТЁКОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИОМ
		1) нижние конечности
		2) живот
		3) область поясницы
		4) лицо
		5) задняя поверхность туловища
433.	**ПК-5**	ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХГН
		1) проба по Нечипоренко
		2) проба Зимницкого
		3) проба Реберга-Тареева
		4) проба Аддиса-Каковского
		5) проба Амбурже
434.	**ПК-6**	«ТРИАДА СИМПТОМОВ БРАЙТА» ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
		1) отеки, гипертонию, гематурию
		2) отеки, протеинурию, цилиндрурию
		3) протеинурию, цилиндрурию, гематурию
		4) гипертонию, протеинурию, лейкоцитурию

435.	**ПК-5**	ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ
		1) олигурия и гипостенурия
		2) полиурия и гипостенурия
		3) полиурия и высокая относительная плотность мочи
		4) олигурия и высокая относительная плотность мочи
436.	**ПК-5**	«ЛИЦО НЕФРИТИКА» - ЭТО
		1) отеки на лице и цианоз кожи
		2) отеки на лице и желтушность кожи
		3) отеки на лице и бледность кожи
		4) отеки на лице и гиперемия кожи
437.	**ПК -8**	ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ
		1) глюкокортикостероиды+цитостатики+ антикоагулянты+ дезагреганты
		2) глюкокортикостероиды+диуретики+ антикоагулянты+ фибринолитики
		3) глюкокортикостероиды+диуретики+ антикоагулянты+ гипотензивные
		4) глюкокортикостероиды+цитостатики+ диуретики+гипотензивные
438.	**ПК-6**	ВЕДУЩИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) исследование микроальбуминурии
		2) биопсия почки
		3) компьютерная томография почек
		4) радиоизотопная ренография
439.	**ПК-6**	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО
		1) оценка СКФ по формуле MDRD
		2) проба Реберга Тереева
		3) оценка протеинурии
		4) проба Зимницкого
440.	**ПК -8**	НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ
		1) рамиприл
		2) кларитромицин
		3) аспирин
		4) цефтриаксон
441.	**ПК -8**	НАИБОЛЬШИМ НЕФРОТОКСИЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ
		1) гентамицин
		2) кларитромицин
		3) аспирин
		4) ампициллин

442.	**ПК -8**	ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) латентная форма
		2) гипертоническая форма
		3) гематурическая форма
		4) нефротическая форма
443.	**ПК-6**	ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ХПН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) повышение уровня креатинина крови
		3) олигурия
		4) выраженная протеинурия
444.	**ПК-6**	ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ОПН ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) отеки
		3) олигурия
		4) выраженная протеинурия
445.	**ПК-5**	СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) рези при мочеиспускании
		2) моча цвета «мясных помоев»
		3) артериальная гипотензия
		4) гиперлипидемия
446.	**ПК-5**	СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ПРОБЕ РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
		1) 80-120 мл\мин
		2) 60-100 мл\мин
		3) 40-80 мл\мин
		4) 10-20 мл\мин
447.	**ПК -8**	ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии
		2) артериальная гипертония
		3) отеки
		4) макрогематурия
448.	**ПК-6**	ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО
		1) наличием хронических очагов инфекции
		2) сенсибилизацией организма к возбудителю
		3) постоянной выработкой аутоантител к антигенам базальной мембраны клубочков
		4) развитием бактериемии

449.	**ПК-5**	ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) проба по Нечипоренко
		2) проба Зимницкого
		3) проба Реберга-Тареева
		4) проба Аддиса-Каковского
450.	**ПК -8**	ЛЕЧЕБНЫЙ СТОЛ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК
		1) №7
		2) №9
		3) №5
		4) №10
451.	**ПК-5**	МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ - ЭТО ПОТЕРЯ БЕЛКА С МОЧОЙ В ОБЪЕМЕ
		1) 30-300 мг\сут
		2) 30-300 мг\мл
		3) 0,1-1,0 г/сут
		4) 0,1-1,0 г/л
452.	**ПК-6**	САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХГН ЯВЛЯЕТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) гиперкалиемия
		3) повышение уровня креатинина в крови
		4) олигоурия
		5) протеинурия
453.	**ПК-6**	У МУЖЧИНЫ 32 ЛЕТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНО: АД - 170/120 ММ РТ. СТ., ОТЕКОВ НЕТ, В МОЧЕ: 2,5 Г/СУТКИ БЕЛКА, ЭРИТРОЦИТЫ - 6-10 В П/ЗР., МНОГО ЗЕРНИСТЫХ ЦИЛИНДРОВ, КРЕАТИНИН - 88 МКМ/Л. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) нефротический синдром
		2) хронический пиелонефрит
		3) хронический гломерулонефрит, латентная форма
		4) хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма
		5) ХПН
454.	**ПК-6**	САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) гиперкалиемия
		3) повышение уровня креатинина крови
		4) олигурия
		5) анемия
455.	**ПК-6**	ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ШОКЕ СВЯЗАНА СО СЛЕДУЮЩИМ
		1) гиперволемией
		2) гипотонией

		3) гиперкалиемией
		4) протеинурией
		5) азотемией
456.	**ПК-6**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА В СТАДИИ ХПН ХАРАКТЕРНО
		1) анемия
		2) олигоанурия
		3) артериальная гипертония
		4) изогипостенурия
		5) все перечисленное
457.	**ПК-6**	ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) величины протеинурии
		2) клубочковой фильтрации
		3) креатинина сыворотки
		4) холестерина сыворотки
		5) канальцевой реабсорбции воды
458.	**ПК -8**	К СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ
		1) глюкокортикоиды
		2) дезагреганты
		3) цитостатики
		4) антикоагулянты
		5) гипотензивные
459.	**ПК -10**	ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СРОЧНОГО ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) метаболический ацидоз
		2) анурия
		3) анасарка
		4) высокая гиперкалиемия
		5) тяжелая артериальная гипертензия
460.	**ПК -8**	НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) отеки
		2) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии
		3) артериальная гипертония
		4) макрогематурия
461.	**ПК-6**	ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) эклампсия
		2) сердечная астма и отёк лёгких
		3) геморрагический инсульт
		4) ничего из перечисленного

		5) все перечисленное
462.	**ПК-6**	ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) лейкоцитурия
		2) протеинурия
		3) гематурия
		4) цилиндрурия
		5) бактериурия
463.	**ПК-6**	ПРОБА РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТ
		1) мочевой осадок (эритроциты, белок, цилиндры, лейкоциты)
		2) количественное содержание форменных элементов в 1 мл мочи
		3) состояние клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции
		4) иммунологические гуморальные и клеточные нарушения
464.	**ПК-6**	ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И БЫСТРО ПРИВОДЯЩИЙ К РАЗВИТИЮ ХПН
		1) гематурический
		2) латентный
		3) смешанный
		4) гипертонический
		5) нефротический
465.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
		1) исследование мочи
		2) изотопная ренография
		3) экскреторная урография
		4) сцинтиграфия
		5) пункционная биопсия почки
466.	**ПК -8**	ПРИ «ПУЛЬС-ТЕРАПИИ» ПРИМЕНЯЕТСЯ
		1) индометацин
		2) преднизолон
		3) азатиоприн
		4) делагил
		5) дипиридамол
467.	**ПК-6**	В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
		1) 10-12 дней
		2) 3-4 дня
		3) 1 неделя
		4) 1месяц
		5) 2 месяца

468.	**ПК-5**	ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) пиурия
		2) дизурия
		3) лейкоцитурия
		4) протеинурия
469.	**ПК-6**	ЛАТЕНТНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
		1) артериальной гипертензией
		2) отеками
		3) протеинурией
		4) выраженной гематурией
470.	**ПК -6**	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СЕКРЕТОРНО-КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА
		1) хронический антрум-гастрит
		2) хронический атрофический гастрит
		3) хронический гипертрофический гастрит
		4) синдром Золлингера - Эллисона
		5) при всех указанных формах
471.	**ПК -8**	ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
		1) впервые выявленном ХГН
		2) протеинурии, превышающей 3 г/сут.
		3) высокой активности ГН
		4) начинающейся ХПН
		5) высоком уровне холестерина в крови
472.	**ПК-6**	В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ
		1) иммунное воспаление базальной мембраны
		2) отложение комплексов "антиген - антитело" на фильтрующей поверхности клубочка
		3) образование капиллярных микротромбов
		4) ни один из перечисленных признаков
		5) все перечисленные факторы
473.	**ПК-6**	БЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ОКАЗЫВАЕТ
		1) субтропический влажный климат
		2) континентальный климат
		3) муссонный климат
		4) сухой и теплый климат
474.	**ПК -6**	В КАКОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ГИПОКАЛИЕМИЯ

		1) начальном
		2) олигурическом
		3) начальном полиурическом
		4) позднем полиурическом
		5) восстановительном
475.	**ПК-8**	ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) нефротический синдром
		2) артериальная гипертензия
		3) почечная недостаточность
		4) гематурия
476.	**ПК-6**	ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СПРАВЕДЛИВЫ УТВЕРЖДЕНИЯ
		1) в начальном периоде артериальная гипертензия развивается у всех больных
		2) назначение индометацина является обязательным
		3) наиболее частой формой болезни является нефротическая
		4) все перечисленное верно
		5) все перечисленное неверно
477.	**ПК-6**	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНЫ
		1) гиперволемия, задержка натрия и воды
		2) гиперренинемия
		3) повышение концентрации простагландинов
		4) спазм сосудов
478.	**ПК-6**	ЧТО НЕ ВХОДИТ В КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) отеки
		2) одышка
		3) гипертония
		4) гематурия
479.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХГН НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ КОРТИКОСТЕРОИДЫ
		1) фибропластическом
		2) мезангио-кпиллярном
		3) фокально-сегментарном гломерулосклерозе
		4) мембранозном
		5) болезни минимальных изменений
480.	**ПК-5**	ПРИЗНАК, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ В ФАЗЕ ОПЕЧЕНЕНИЯ
		1) отставание одной половины грудной клетки при дыхании
		2) мелкопузырчатые влажные хрипы
		3) притупление соответственно доле
		4) усиленная бронхофония

487.	**ПК -6**	ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО
		1) экспираторная одышка
		2) инспираторная одышка
		3) мелкопузырчатые влажные хрипы
		4) кашель с гнойной мокротой
488.	**ПК -6**	МАРКЕРЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) эозинофилы и обратимая бронхиальная обструкция
		2) эозинофилы и необратимая бронхиальная обструкция
		3) нейтрофилы и обратимая бронхиальная обструкция
		4) нейтрофилы и необратимая бронхиальная обструкция
489.	**ПК -6**	ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО ВЫСЛУШИВАНИЕ СУХИХ СВИСТЯЩИХ ХРИПОВ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ
		1) повышение воздушности легких
		2) наличие жидкости в полости плевры
		3) нарушение бронхиальной проходимости
		4) уплотнение легочной ткани
490.	**ПК-6**	ДЛЯ 1 СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРНО
		1) сухие свистящие хрипы
		2) влажные мелкопузырчатые хрипы
		3) участки «немого легкого»
		4) крепитация
491.	**ПК-8**	У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
		1) метопролол
		2) амлодипин
		3) клофелин
		4) эналаприл
492.	**ПК-5**	ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		1) стекловидная, вязкая
		2) гнойная
		3) с прожилками крови
		4) слизисто-гнойная
493.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НИТРАТОВ ПРИ ИБС СЛЕДУЮЩИЙ
		1) уменьшение ЧСС и потребности миокарда в кислороде
		2) снятие спазма коронарных артерий и коррекция липидного обмена
		3) расширение периферических сосудов, уменьшение преднагрузки и потребности миокарда в кислороде

		4) воздействие на обмен ишемизированных миоцитов
494.	**ПК-6**	ПРИЗНАКОМ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) изменение длительности и интенсивности болевых приступов
		2) нарушение ритма и проводимости
		3) снижение АД
		4) повышение АД
495.	**ПК-6**	НАЗОВИТЕ КРИТЕРИЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ
		1) усталость
		2) одышка
		3) депрессия сегмента ST на 2мм
		4) подъем АД
496.	**ПК-6**	НА 3-Й НЕДЕЛЕ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТМЕЧАЮТСЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ, ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ
		1) распространение зоны поражения миокарда
		2) идиопатический перикардит
		3) постинфарктный синдром Дресслера
		4) разрыв миокарда
497.	**ПК-6**	ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ
		1) креатинфосфокиназы
		2) лактатдегидрогеназы
		3) аспартатаминотрансферазы
		4) альдолазы
498.	**ПК -8**	АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
		1) клопидогрель
		2) аторвастатин
		3) метопролол
		4) эналаприл
499.	**ПК -6**	НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЬЮ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ И ЕГО ДОСТАВКОЙ ПО КОРОНАРНОМУ РУСЛУ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ
		1) стабильной стенокардии напряжения
		2) прогрессирующей стенокардии напряжения
		3) впервые возникшей стенокардии

		4) любых вариантах стенокардии
500.	**ПК-6**	ЧТО ОТНОСИТСЯ К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС
		1) повышение уровня липопротеидов низкой плотности
		2) сахарный диабет
		3) артериальная гипертония
		4) наследственная отягощенность

Эталоны ответов

Помощник врача-стационара (терапевта)

№ п/п	ответ	№ п/п	ответ	№ п/п	ответ	№ п/п	ответ	№ п/п	ответ
1.	4	51.	2	101.	2	151.	4	201.	4
2.	3	52.	1	102.	3	152.	5	202.	3
3.	1	53.	1	103.	2	153.	1	203.	2
4.	4	54.	1	104.	1	154.	1	204.	3
5.	1	55.	2	105.	3	155.	1	205.	4
6.	2	56.	3	106.	5	156.	2	206.	3
7.	1	57.	1	107.	4	157.	2	207.	4
8.	1	58.	1	108.	3	158.	2	208.	2
9.	1	59.	2	109.	2	159.	2	209.	3
10.	3	60.	3	110.	2	160.	5	210.	3
11.	2	61.	2	111.	1	161.	3	211.	4
12.	4	62.	4	112.	2	162.	2	212.	1
13.	3	63.	3	113.	4	163.	2	213.	1
14.	3	64.	4	114.	2	164.	2	214.	2
15.	2	65.	4	115.	1	165.	5	215.	1
16.	2	66.	1	116.	3	166.	2	216.	3
17.	3	67.	3	117.	4	167.	1	217.	1
18.	2	68.	2	118.	2	168.	4	218.	2
19.	1	69.	4	119.	2	169.	4	219.	2
20.	3	70.	1	120.	1	170.	2	220.	1
21.	2	71.	5	121.	4	171.	3	221.	1
22.	2	72.	3	122.	3	172.	1	222.	3
23.	2	73.	4	123.	1	173.	3	223.	2
24.	3	74.	3	124.	2	174.	2	224.	2
25.	5	75.	5	125.	3	175.	4	225.	5
26.	1	76.	3	126.	1	176.	1	226.	2
27.	4	77.	1	127.	2	177.	1	227.	1
28.	4	78.	2	128.	2	178.	3	228.	1
29.	1	79.	3	129.	3	179.	3	229.	2
30.	2	80.	4	130.	4	180.	3	230.	2
31.	3	81.	3	131.	3	181.	1	231.	5
32.	4	82.	3	132.	2	182.	3	232.	2
33.	1	83.	4	133.	2	183.	4	233.	4
34.	3	84.	4	134.	1	184.	2	234.	5
35.	4	85.	3	135.	1	185.	3	235.	2

36.	5	86.	1	136.	2	186.	5	236.	3
37.	3	87.	3	137.	2	187.	2	237.	2
38.	3	88.	3	138.	3	188.	4	238.	3
39.	2	89.	3	139.	1	189.	5	239.	3
40.	3	90.	1	140.	3	190.	5	240.	1
41.	4	91.	3	141.	2	191.	3	241.	4
42.	4	92.	2	142.	2	192.	4	242.	1
43.	2	93.	5	143.	1	193.	2	243.	4
44.	4	94.	4	144.	3	194.	3	244.	1
45.	4	95.	2	145.	4	195.	2	245.	1
46.	4	96.	2	146.	2	196.	1	246.	2
47.	1	97.	5	147.	1	197.	3	247.	1
48.	4	98.	3	148.	3	198.	3	248.	1
49.	1	99.	2	149.	4	199.	4	249.	3
50.	2	100.	2	150.	5	200.	2	250.	1

№ п/п	ответ	№ п/п	ответ	№ п/п	ответ	№ п/п	ответ	№ п/п	ответ
251.	1	301.	3	351.	4	401.	3	451.	1
252.	3	302.	4	352.	3	402.	3	452.	5
253.	3	303.	1	353.	3	403.	3	453.	4
254.	1	304.	1	354.	5	404.	4	454.	3
255.	4	305.	4	355.	4	405.	3	455.	1
256.	5	306.	4	356.	1	406.	4	456.	1
257.	2	307.	2	357.	3	407.	1	457.	1
258.	1	308.	3	358.	4	408.	1	458.	5
259.	2	309.	2	359.	2	409.	1	459.	4
260.	4	310.	3	360.	2	410.	3	460.	2
261.	2	311.	5	361.	2	411.	5	461.	5
262.	2	312.	2	362.	4	412.	3	462.	2
263.	2	313.	4	363.	2	413.	4	463.	3
264.	4	314.	1	364.	1	414.	4	464.	3
265.	2	315.	3	365.	2	415.	6	465.	5
266.	4	316.	2	366.	3	416.	2	466.	2
267.	3	317.	4	367.	1	417.	3	467.	1
268.	5	318.	2	368.	2	418.	3	468.	4
269.	4	319.	4	369.	2	419.	2	469.	3
270.	1	320.	2	370.	3	420.	3	470.	2
271.	2	321.	3	371.	4	421.	5	471.	3
272.	2	322.	1	372.	2	422.	1	472.	5
273.	3	323.	2	373.	4	423.	2	473.	4
274.	1	324.	5	374.	1	424.	3	474.	4
275.	1	325.	4	375.	3	425.	5	475.	1
276.	1	326.	4	376.	3	426.	4	476.	5
277.	2	327.	4	377.	4	427.	1	477.	1
278.	3	328.	4	378.	1	428.	2	478.	2
279.	2	329.	5	379.	1	429.	1	479.	5
280.	4	330.	4	380.	2	430.	3	480.	2
281.	4	331.	1	381.	3	431.	4	481.	2
282.	3	332.	3	382.	1	432.	4	482.	2
283.	1	333.	2	383.	4	433.	3	483.	4

284.	5	334.	3	384.	4	434.	1	484.	3
285.	3	335.	1	385.	4	435.	4	485.	1
286.	1	336.	4	386.	1	436.	3	486.	1
287.	2	337.	1	387.	4	437.	1	487.	1
288.	2	338.	1	388.	2	438.	2	488.	1
289.	1	339.	3	389.	3	439.	3	489.	3
290.	4	340.	1	390.	3	440.	1	490.	1
291.	4	341.	3	391.	2	441.	1	491.	2
292.	4	342.	2	392.	1	442.	4	492.	1
293.	1	343.	1	393.	4	443.	2	493.	3
294.	1	344.	3	394.	3	444.	3	494.	1
295.	4	345.	3	395.	4	445.	2	495.	3
296.	2	346.	4	396.	2	446.	1	496.	3
297.	3	347.	2	397.	3	447.	1	497.	1
298.	1	348.	4	398.	2	448.	3	498.	3
299.	2	349.	4	399.	5	449.	3	499.	4
300.	1	350.	3	400.	4	450.	1	500.	4

Код компетенций	Программные вопросы к зачету по итогам клинической практики «Помощник врача стационара (терапевта) (стационарная, выездная)»
ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11	1. Анафилактический шок. Причины развития. Клиника, неотложная помощь.
ПК-8	2. Физиотерапевтические методы лечения при заболеваниях внутренних органов.
ПК-8	3. Диета при заболеваниях внутренних органов.
ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-10, ПК-11	4. Внебольничная пневмония (долевая, очаговая). Клиника, диагностика, лечение. Осложнения пневмонии. Неотложная помощь.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-11	5. Инфекционно-токсический шок. Причины развития. Клинические проявления. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	6. Хронический необструктивный бронхит. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	7. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-10.	8. Бронхиальная астма. Клиника. Диагностика. Современное лечение бронхиальной астмы в приступный и межприступный период.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-11	9. Астматический статус. Причины развития. Формы. Стадии. Принципы лечения.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	10. Инфекционные деструкции легких. Клиника абсцесса и гангрены легких. Диагностика. Осложнения. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-10.	11. Гипертоническая болезнь. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения гипертонической болезни.
ПК-5, ПК-6, ПК-	12. Осложнения гипертонической болезни (сердечные, мозговые, по-

8, ПК-10, ПК-11	чечные, аортальные). Гипертонические кризы. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	13. ИБС. Внезапная коронарная смерть. Диагностика. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	14. ИБС. Стенокардия напряжения (стабильная). Клиника. Современная медикаментозная терапия.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	15. ИБС. Нестабильная стенокардия. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	16. ИБС. Инфаркт миокарда. Клинические варианты. Лабораторная и ЭКГ диагностика. Купирование болевого синдрома при инфаркте миокарда. Принципы лечения.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	17. Осложнения инфаркта миокарда (кардиогенный шок, нарушения ритма сердца). Диагностика. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	18. Нарушения проводимости сердца при инфаркте миокарда. Синдром Морганьи - Адамса – Стокса. ЭКГ - диагностика. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-10	19. Острая ревматическая лихорадка. Критерии диагностики. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	20. Пороки митрального клапана (недостаточность, митральный стеноз). Клиника. Диагностика. Осложнения. Принципы лечения.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	21. Пороки аортального клапана (недостаточность, аортальный стеноз). Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	22. Инфекционный эндокардит. Клиника, диагностические критерии, осложнения. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	23. Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких). Причины развития. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	24. Острая сосудистая недостаточность. Обморок, коллапс, шок. Причины развития. Клиника. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	25. Хроническая сердечная недостаточность. Клиника. Диагностика. Современные принципы лечения.
ПК-5, ПК-6, ПК-10	26. Хронический гастрит. Клиника. Методы диагностики. Лечение
ПК-5, ПК-6, ПК-10.	27. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения. Эрадикационная терапия НР-ассоциированных заболеваний желудка.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	28. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Диагностика. Неотложная помощь Показания к переводу больных в хирургическое отделение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	29. Хронический панкреатит. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	30. Хронический холецистит. Дискинезии желчевыводящих путей. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-10.	31. Хронический гепатит. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11	32. Циррозы печени. Клиника. Диагностика. Осложнения. Принципы лечения.
ПК-5, ПК-6, ПК-10	33. Гломерулонефриты (острый, хронический). Клиника, диагностика. Принципы лечения.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	34.Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Республике Башкортостан: клинические особенности, осложнения. Принципы лечения.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	35.Железодефицитная анемия. Клиника. Диагностика, принципы лечения.

Код компетенций	Задачи
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1** Больная А. 38 лет, продавец поступила в клинику с жалобами на озноб, резкую слабость, повышение t^0 тела до $39,5^0$, кашель с гнойной мокротой в количестве 30-40 мл в сутки, тошноту. Заболела остро, 5 дней назад после переохлаждения поднялась температура до $38,3^0$, появилась боль в правой половине грудной клетки, выраженная одышка, кашель. В анамнезе - перенесенный 2 недели назад грипп. Объективно: общее состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Перкуторно - укорочение легочного звука справа в нижних отделах, аускультативно дыхание везикулярное, усиленное справа ниже угла лопатки. Там же выслушиваются звучные влажные хрипы. ЧД - 36 в 1 минуту. Границы сердца не увеличены, тоны ритмичны, приглушены, тахикардия. ЧСС - 96 в 1 минуту. АД 80/50 мм рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена. Данные дополнительных исследований: Анализ крови: Эр. - 4,8 $\cdot 10^{12}$/л, Нв - 140 г/л, Цв.п. - 0,9, Л. - 18 $\cdot 10^9$ /л, э.-1%, п.-22%, с. - 58%, л. - 12%, м. - 7%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 53 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, альбумины - 44%, глобулины: α_1 - 4%, α_2 -12%, β-14%, γ - 26%. Серомукоиды - 600 ед., СРБ +++ Анализ мокроты: гнойная, желтовато-зеленоватого цвета, микроскопически - лейкоциты в большом количестве. R-графия грудной клетки: выявляется обширная полисегментарная инфильтрация легочной ткани справа ($S_{6, 8, 9, 10}$) с участками просветления. **Вопросы:** 1. Выделите основные клинические синдромы. 2. Оцените тяжесть состояния больного. 3. Дайте интерпретацию рентгенологических и лабораторных данных. 4. Сформулируйте клинический диагноз. 5. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы заболевания у больной. 6. Назовите возможные осложнения данного заболевания. 7. Что такое респираторный дистресс-синдром? 8. Назначьте лечение больной (выпишите рецепты).

ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2** Больная Д., 45 лет, жалуется на интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту с наличием в желудочном содержимом желчи, повышение температуры до 37,5^{0}С. Из анамнеза: в течение 5 лет отмечает периодические боли в правом подреберье, связанные с погрешностями в диете, купирующиеся приемом но-шпы, аллохола. Ухудшение состояния наступило два дня назад после употребления копченой колбасы. Объективно: состояние средней тяжести. Повышенного питания (ожирение 2 степени). Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-20 в/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-88 в/мин. АД-115/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье, в проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Мюсси, Кера, Мерфи. Печень не увеличена. **Вопросы:** 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Как определяются симптомы Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского? 3. Назначьте план обследования 4. Какие факторы риска развития заболевания имеются у данной пациентки? 5. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 6. Определите меры профилактики 7. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению 8. Определите прогноз.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3** Больной К. 38 лет, инвалид II группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до 38-39^0, сопровождающееся ознобами, профузным потом, одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам. В анамнезе - ревматизм с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние 4 года усилилась одышка, появились отеки на ногах. Постоянно принимает мочегонные и сердечные гликозиды. Состояние резко ухудшилось месяц назад после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Лечился в поликлинике с диагнозом ОРВИ. Прием аспирина, амоксициллина, зинацефа был неэффективным. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отеки голеней. Симптом Мюссе. В легких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в VII межреберье. На верхушке сердца определяется диастоли-

	ческое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление I тона, систолический и диастолический шумы на верхушке. Над аортой II тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина-Эрба. ЧСС - 95 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс скорый, высокий, аритмичный, 80 в 1 мин. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Данные дополнительных исследований: Общий анализ крови: Эр - 2,1 $\cdot 10^{12}$ /л, Нв - 92 г/л, Л. - 15 $\cdot 10^{9}$ /л, Э. - 2%, п - 12%, с.- 64%, л. -16%, м. - 6%, СОЭ - 54 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес. - 1013, белок - 1,65‰, Эр. - 25-40 в п/зр., цил. гиалиновые - 6-7 в п/зр. **Вопросы:** 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза. 3. Объясните причину ухудшения состояния больного. 4. Что такое симптом Мюссе? При каких заболеваниях он встречается? 5. Объясните причину выявленного у больного геморрагического синдрома. Какими клиническими симптомами он проявляется? 6. О каких нарушениях гемодинамики свидетельствует АД больного? С наличием какого порока сердца оно связано? 7. Назовите “периферические” признаки выявленного у больного порока сердца. 8. Назначьте лечение больному
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4** Больной Б. 35 лет, доставлен машиной скорой помощи в тяжелом состоянии с жалобами на ознобы, потливость, высокую температуру - 39-39,5^{o}в течение недели, боли в грудной клетке, кашель с трудно отхаркиваемой мокротой. Накануне поступления в больницу больной отмечает выделение мокроты в количестве 100 мл, неприятного запаха. Болен в течение 3 недель - перенес грипп, течение которого осложнилось пневмонией. Лечился не регулярно. В анамнезе - злоупотребление алкоголем. Объективно: Состояние тяжелое. Пониженного питания. Кожные покровы бледно-землистой окраски, влажные. Акроцианоз. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. ЧД-24 в мин. Укорочение перкуторного звука слева ниже угла лопатки. При аускультации - ослабленное дыхание, мелкопузырчатые хрипы слева, после откашливания мокроты отмечается появление амфорического дыхания. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены. Пульс - 100 уд.в мин., тахикардия, АД - 100/60 мм.

	рт. ст. Живот мягкий печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный. Данные лабораторно-инструментальных исследований: Анализ крови: Эр. - 3,5 · 10^{12}/л, Нв -110 г/л, Л. - 15,0 · 10^{9} /л, п.- 20%, с.- 62%, лимф.-10 %, м.- 8%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 60 мм/час Анализ мочи: уд. вес 1020, белок -0,66‰, Л. единичные в п/зр. Анализ мокроты: при стоянии расслаивается на 2 слоя. Микроскопически большое количество лейкоцитов и эластических волокон. Рентгенография грудной клетки: Слева определяется округлая, нерезко ограниченная тень с горизонтальным уровнем жидкости. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Перечислите этиологические факторы, способствующие развитию данного заболевания. 3. Проанализируйте результаты дополнительных исследований. 4. Какие осложнения угрожают больному? 5. Назовите критерии инфекционно-токсического шока и неотложную помощь при нём. 6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 7. Назовите методы верификации возбудителей? 8. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
(ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5** Больной К. студент, 19 лет, доставлен машиной скорой помощи с приступом удушья. В анамнезе - периодически возникающие приступы одышки, с появлением свистящих хрипов в груди после контакта с пахучими веществами, воздействия неблагоприятных метеорологических факторов - ветра, холода, сырости. Появлению приступа удушья обычно предшествует сухой кашель, ощущение зуда в носу. Приступ заканчивается усиленным выделением вязкой мокроты. В анамнезе - диатез в детстве, непереносимость некоторых пищевых продуктов, редкие простудные заболевания. Объективно: Положение больного вынужденное, сидячее, с фиксацией плечевого пояса. Набухшие шейные вены. Цианоз губ. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. На расстоянии слышны свистящие хрипы. ЧД - 24 в мин. Подвижность грудной клетки ограничена. При перкуссии с обеих сторон - коробочный звук. При аускультации - масса сухих, свистящих хрипов, дыхание резко ослаблено. Пульс учащен - 105 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные, АД- 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень не увеличена. Данные лабораторных исследований:

	Анализ крови: Эр. - 4,1 · 10^{12} /л; Нв - 138 г/л, Л.- 4 · 10^{9} /л; э. - 22%, п - 2%, с. - 49%, лим. - 22%, м - 5%, СОЭ - 10 мм/час. В мокроте большое количество эозинофилов. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. В каком дополнительном обследовании нуждается больной? 3. Назовите мероприятия для купирования приступа удушья. 4. Составьте план лечения в межприступном периоде (выпишите рецепты). 5. При каких заболеваниях могут развиваться подобные симптомы? 6. Назовите нарушения функции внешнего дыхания, характерные для данного заболевания. 7. Трудовые рекомендации больному. 8. Какие иммунологические механизмы участвуют в развитии болезни?
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6** Мужчина Б. 55 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, периодический кашель со слизистой мокротой, больше по утрам. Из анамнеза заболевания: Курит 35 лет, по 1 пачке в день. Несколько лет тмечает появление кашля с мокротой по утрам. В течение нескольких последних месяцев стал отмечать нарастание одышки, появление ее при обычных нагрузках, умеренной ходьбе. Из анамнеза жизни: Работает водителем, отмечает на работе частые переохлаждения, воздействие выхлопных газов. У отца – хронический бронхит. Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное с ограничением двигательной активности из-за слабости и одышки. Повышенного питания. ИМТ 30 кг/$м^2$. Кожные покровы обычной окраски, пальцы в виде «барабанных палочек», ноги в виде «часовых стекол». Пульсоксиметрия: SaO_2 95%. ЧД-18 в мин. в покое. Грудная клетка бочкообразная. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации в легких дыхание везикулярное ослабленное, при форсированном дыхании появляются сухие свистящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс= 80 уд.в мин., АД - 110/70 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет. Стул, диурез без особенностей. Данные лабораторно-инструментальных исследований: общий анализ крови: эритроциты - 4,5 х·10^{12}/л, Нв -140 г/л, лейкоциты 15,0 х 10^{9} /л, эозинофилы – 1%, п/яд.- 3%, с/яд.-

	70%, лимфоциты-21 %, моноциты- 5, СОЭ - 5 мм/час, общий анализ мочи: уд. вес 1020, белок – отр., лейкоциты единичные в поле зрения. Рентгенография органов грудной клетки: Отмечается усиление легочного рисунка, расширение межреберных промежутков, уплощение куполов диафрагмы. Очаговые и инфильтративные тени не определяются. Спирография (после пробы с бронходилататором): Индекс Тиффно 62%, ОФВ1 -55% **Вопросы:** 1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте и составьте план дополнительных методов обследования. 3. Оцените данные дополнительных методов обследования. 4. Определите степень тяжести по спирографическим данным 5. Рассчитайте и оцените индекс пачка/лет 6. Определите факторы риска возникновения и прогрессирования заболевания у данного пациента. 7. Перечислите медикаментозные средства лечения данной патологии. 8. Перечислите методы профилактики данной патологии
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7** Больной В. 36 лет, строитель, госпитализирован с жалобами на боли в грудной клетке справа, сухой кашель, одышку, подъем t^0 до 39^0 озноб, резкую слабость. Заболел остро, после переохлаждения. Вчера вечером почувствовал озноб, слабость, повысилась T^0 тела до $38,5^0$. Принял аспирин, чай с малиной. После временного улучшения к утру состояние вновь ухудшилось, появился сухой болезненный кашель, вызвал “скорую помощь”. Объективно: общее состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы горячие, влажные, гиперемия правой щеки. На губах герпетические высыпания. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Над нижнебоковой поверхностью правого легкого - усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, аускультативно - дыхание с бронхиальным оттенком, крепитация. ЧД - 32 в 1 мин. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, тахикардия, ритм правильный. Пульс - 112 в 1 мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень у края реберной дуги. Данные лабораторно-инструментальных исследований: Анализ крови: Эр. - 4,2 $\cdot 10^{12}$/л; Нв. - 126 г/л; Л. - 12,9 $\cdot 10^{9}$ /л; э. - 1%, п - 16%, с.- 62%, л. - 15%, м - 6%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 58 мм/час.

	Анализ мочи: - белок - 0,66 ‰, Л. - 3-4-5 в п./зр., гиал. цилиндры - 2-6 в п./зр. R-графия грудной клетки: справа средняя доля (S_4, S_5) гомогенно затемнена ЭКГ: синусовая тахикардия, нарушение метаболических процессов в миокарде. **Вопросы:** 1. Какое заболевание наиболее вероятно у больного? 2. Оцените данные дополнительных исследований. 3. О каких других заболеваниях можно думать по клиническим и лабораторным данным? 4. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза? 5. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз. 6. Назовите возможные этиологические факторы данного заболевания. 7. Назначьте лечение (напишите рецепты). 8. Какие осложнения могут угрожать больному?
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8** Больная С. 58 лет, жалуется на головные боли, сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца. В течение 10 лет отмечается высокая артериальная гипертония (АД в пределах 160/100 – 195/110 мм рт.ст). Несмотря на проводимую гипотензивную терапию, отмечаются периодические подъемы артериального давления. Год назад у больной было острое нарушение мозгового кровообращения. В анамнезе – семейно-бытовые и производственные стрессовые ситуации. Наследственность по артериальной гипертензии и мозговому инсульту отягощена (отец умер от инсульта). Объективно: Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз. Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное. Пульс - 100 в мин. АД - 190/115 мм рт. ст. Левая граница смещена влево на 2см от среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, на верхушке сердца систолический шум, акцент II тона над аортой. Печень не увеличена, отеков нет. Анализ кровиобщий – без патологии. Биохимический анализ крови: холестерин крови - 7,2 ммоль/л, ЛПНП - 3,2 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ЛПВН – 0,8 ммоль/л. Анализ мочи: белок - 0,33 ‰, единичные эритроциты в поле зрения. Глазное дно – артерии резко сужены, уплотнены, вены полнокровны. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка с явления-

	ми систолической перегрузки. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз согласно современной классификации. 2. Какие факторы риска АГ имеются у больного? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больной? 4. Назовите особенности кардиалгического синдрома при данном заболевании. 5. Поражения каких органов и систем имеются у пациентки? 6. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 7. Профилактика данного заболевания.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА№ 9** Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 ^{0}С. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 3-го дня болезни, плохой сон, отсутствие аппетита, жажду. С 8 августа стал плохо видеть, появилась сыпь на коже. Объективно. При поступлении в больницу состояние больного тяжелое. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние. Слизистая ротовой полости сухая, на твердом небе пятнистая энантема. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 уд.в мин., ритмичный, мягкий, АД 110/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень своим нижним краем выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная и болезненная. Селезенка не пальпируется. Менингеальных симптомов нет. Суточный диурез: на 7-й день болезни выпил 2200 мл воды, выделил мочи – 750мл, за следующие сутки выделил 350 мл мочи. На 9-й день – 150мл. Жаловался на сухость во рту, резкую слабость, рвоту, боли в пояснице. Пульс 60 уд.в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80мм рт.ст. Общий анализ крови: Эр. - 5,7 · 10 ^{12} /л, Нв - 136 г/л, Л. - 8,0 · 10 ^{9} /л, Тромб. - 105· 10 ^{9} /л, СОЭ - 28 мм/час Общий анализ мочи: Относительная плотность – 1008, белок – 3,3‰, эритроциты свежие 10-12 в п/з, цил. гиалиновые 5-6 в п/з. **Вопросы:** 1. Определите ведущие синдромы в клинике заболевания 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Проведите дифференциальную диагностику 4. Какие лабораторные исследования необходимо прове-

	сти? 5. Перечислите показания для проведения гемодиализа. 6. Какие осложнения характерны для данного заболевания? 7. Назначьте лечение 8. Диспансерное наблюдение
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10** Больной Ж. 45 лет, руководитель малого предприятия, доставлен кардиобригадой с жалобами на боли жгучего характера за грудиной, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха и сердцебиением. Состояние резко ухудшилось 40 минут назад - после сильного стресса появились загрудинные боли. Прием нитроглицерина уменьшил боли на короткое время. Через несколько минут боли вновь усилились и приняли более распространенный характер, с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть. Появилась резкая слабость, потливость, “страх смерти”. Была вызвана скорая помощь. Объективно: Состояние тяжелое. Бледность кожных покровов, акроцианоз. Покрыт холодным потом. Над легкими - везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 110 в мин. АД - 80/50 мм рт. ст. Пульс - 110 в мин., слабого наполнения, аритмичен. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Отеков нет. Данные дополнительных исследований: Анализ крови: Эр. - 4,8 $\cdot 10^{12}$ /л, Нв. - 145 г/л, Л. - 13 $\cdot 10^{9}$ /л, СОЭ- 6 мм/час. Миоглобин 128 нг/мл. Положительный тропониновый тест. ЭКГ: Синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы. В I, II, AVL, V_2 - V_3 -V_4 отв. - сегмент ST в виде монофазной кривой. **Вопросы:** 1. Сформулируйте диагноз. 2. Тактика врача скорой помощи на догоспитальном этапе. 3. Чем обусловлена тяжесть состояния больного? 4. Какие другие осложнения могут угрожать больному? 5. Оцените данные дополнительных исследований. Нарисуйте ЭКГ больного. 6. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты). 7. Какое противоаритмическое средство необходимо назначить больному для профилактики фибрилляции желудочков, при нормальном АД. 8. Назовите факторы риска этого заболевания.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА№ 11** Больной К., студент, 20 лет, жалуется на резко выражен-

	ную одышку, возникающую в покое и при незначительной физической нагрузке (разговор, перемещение по комнате), сухой приступообразный кашель со скудной, слизистой, трудноотделяемой мокротой, выраженную общую слабость, потливость. Отмечает усиление симптомов одышки и кашля ночью и в ранние утренние часы. Из анамнеза – Ухудшению самочувствия предшествовала 2х недельная поездка в гости к родителям и контакт там с перхотью и шерстью кошки. В прошлом уже отмечал возникновение конъюнктивита, ринита при взаимодействии с кошками. За день до отъезда из родительского дома присоединился сухой кашель. В последующие 2-3 дня интенсивность кашля нарастала, добавилась одышка при небольшой физической нагрузке, резко усилилась слабость, потливость. Температура тела в течение всего периода болезни не повышалась. В прошлом неоднократно отмечал у себя эпизоды затрудненного дыхания во время занятий спортом (игра в футбол, бег), однако за медицинской помощью по этому поводу никогда не обращался. Кроме того, страдает весенним поллинозом (имеет рино-конъюнктивальный синдром при цветении ольхи, березы, орешника). В раннем детстве у пациента был диагностирован атопический дерматит, однако в последние 5-6 лет случаев обострения дерматита у пациента не было. Имеется наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям: мать и брат больного также имеют атопический дерматит. Объективно: Температура тела 36,8 градусов Цельсия. Сатурация кислорода 96%. Сознание ясное. Состояние средней степени тяжести. Активность пациента умеренно ограничена из-за выраженной экспираторной одышки. Кожные покровы бледноватой окраски, повышенной влажности. При осмотре грудной клетки отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (мышц шеи, брюшного пресса), экскурсия грудной клетки снижена до 4 см. ЧД 26 в минуту. Перкуторно по всем легочным полям определяется коробочный звук. Аускультативно над всеми участками аускультации ослабленное везикулярное дыхание. Выслушивается множество сухих свистящих хрипов на вдохе и выдохе, рассеянных по легочным полям с обеих сторон. ЧСС 105 в минуту. АД 115/76 мм.рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по нижнему краю реберной дуги. Отеков нет. Стул и диурез в норме. **Вопросы**: 1. Назовите ведущий клинический синдром у данного пациента 2. Предположите наиболее вероятный диагноз заболевания, ставшего поводом для обращения за медицинской помощью; 3. Обоснуйте сформулированный Вами диагноз 4. Назовите препараты для оказания неотложной помощи пациенту, укажите способы их введения. 5. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования

	пациента. Укажите ключевые тесты, позволяющие подтвердить предварительный диагноз. 6. Расскажите, что из себя представляет бронходилатационный тест, с помощью каких медикаментозных препаратов его проводят. 7. Если предположить, что респираторные симптомы у пациента присутствуют постоянно (круглогодично), назовите основные группы препаратов для базисной терапии заболевания. 8. Что такое аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ), показания для проведения АСИТ?
ПК-5; ПК-6;ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12** Больной З. 35 лет, сотрудник НИИ, поступил в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, боли в эпигастрии. В анамнезе – патология желудочно-кишечного тракта. Ухудшение состояния связывает с физической работой в саду, после которой почувствовал резкую слабость, потливость, однократно был дегтеобразный стул. С трудом добрался до города, где сразу же вызвал “скорую помощь”. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Холодный пот. В легких дыхание везикулярное. ЧД 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия с ЧСС 120 в 1 мин., АД 80/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд.в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в эпигастрии и зоне Шоффара. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. **Вопросы**: 1. С чем связано ухудшение состояния больного? 2. При каких заболеваниях могут развиться подобные осложнения? 3. Ваша тактика ведения больного. 4. При анализе крови получены следующие данные, оцените их: Эр.- 2,0 · 10^{12} /л, Нв - 70 г/л, ЦП - 1,0; Л. - 7,4 · 10^{9} /л, лейкоформула без особенностей, СОЭ - 14 мм/час. 5. Обоснуйте и сформулируйте диагноз заболевания. 6. Ваша тактика лечения (выписать рецепты). 7. Какие осложнения угрожают больному с данным заболеванием? 8. По какой причине средний объем эритроцитов и ширина распределения эритроцитов по объему при состоянии, развившемся у больного, остаются неизменными?
ПК-5; ПК-6; ПК-8, ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13** Больная М., 46 лет, жалуется на интенсивные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, тошноту, рвоту, обильный кашицеобразный стул. Оперирована по поводу

	желчно - каменной болезни 4 года назад. Через полгода после операции впервые возник подобный приступ, сопровождался увеличением уровня амилазы в крови и моче. Подобные приступы повторяются 1-2 раза в год, после погрешностей в диете. Объективно. Состояние средней тяжести. На коже груди и живота «рубиновые капли». Патологии со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы не выявлено. Язык умеренно обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, болезненный в зоне Шоффара, Губергрица-Скульского и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. В ОАК – эритроциты – 4,2* 10^{12}/л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – 6,7*10^{9}/л, лейкоформула без особенностей, СОЭ-20 мм/час. ОАМ – с/ж, уд.вес 1018, белок – отр., лейкоциты – един. в поле зрения, диастаза мочи по Вольгемуту – 128 ед/ч*л. **Вопросы:** 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Назовите этиологические факторы заболевания. 3. Назначьте план обследования 4. Назовите признаки экзокринной недостаточности при данной патологии 5. Как может проявиться нарушение эндокринной функции при этом заболевании? 6. Назначить лечение (выписать рецепты) 7. Назовите меры профилактики 8. Определите прогноз.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14** Больной Д., 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, тошноту, резкую слабость; накануне однократно была рвота съеденной пищей. В анамнезе: язвенная болезнь желудка. Боли в эпигастрии появились через 10 часов после выполнения физической работы. Нарушений диеты отмечено не было. При объективном исследовании: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. ЧД-18 в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС=94 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезнен в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины не обнаружено. Печень - у края реберной дуги. Сделан общий анализ крови: эритроциты - 4,0· 10^{12}/л; Гемоглобин - 128 г/л; Лейкоциты - 9,8 · 10^{9} /л; СОЭ -15 мм/час. Был выставлен предварительный диагноз: обострение язвенной болезни желудка. Назначено противоязвенное лечение и больной направлен на фиброгастроскопию (ФГС). На следующий день во время проведения ФГС больной потерял сознание. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы блед-

	ные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД-60/30 мм рт.ст. Пульс 100 в минуту. Живот мягкий. На электрокардиограмме: подъем сегмента ST на 3 мм, отрицательный зубец Т в отведениях III, AVF, II, снижение сегмента ST в отведениях $V_1 – V_3$, высокий остроконечный положительный зубец Т в V_1 - V3. Биохимический анализ крови: лактатдегидрогеназа - 460 ед/л; креатинфосфокиназа - 890 ед/л; КФК МВ-масса 70 ед/л; аспартатаминотрансфераза - 90 ед/л. **Вопросы:** 1. Чем обусловлено резкое ухудшение состояния больного во время проведения ФГС? 2. Оцените данные электрокардиографии. Нарисуйте ЭКГ больного. 3. Ваша интерпретация лабораторных показателей. 4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 5. Сформулируйте диагноз. 6. Какие еще осложнения угрожают больному с данной патологией? 7. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты). 8. Назовите меры профилактики этого заболевания.
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА№15** Больной Г., 25 лет, не работает, поступил в клинику по направлению участкового врача. Жалобы при поступлении на общую слабость, тошноту, плохой аппетит, непостоянные тупые боли в правом подреберье, похудание, боли в суставах рук, ног. Периодически отмечались носовые кровотечения, в последнюю неделю до поступления – повышение температуры до $37,5^0$С. Анамнез заболевания: слабость, плохой аппетит отмечает в течение месяца. Боли, тяжесть в правом подреберье наблюдались и ранее в течение года, но к врачам пациент не обращался. Не лечился, диету не соблюдал. Ухудшение состояния в течение недели: появились желтушность склер, тошнота, повысилась температура. Обратился к участковому врачу, госпитализирован в стационар. Анамнез жизни: в детстве перенес болезнь Боткина. Работу с токсическими веществами, прием медикаментов отрицает. После службы в армии не имеет постоянного места работы. Отмечает периодическое использование инъекций наркотиков. На учете у нарколога не состоит. Курит около пачки в день, употребление алкоголя отрицает. Объективно: Состояние средней тяжести. Температура $37,1^0$С. Астеник. Пониженного питания. Кожа и видимые слизистые субиктеричны. На руках по ходу вен следы инъекций. Органы грудной клетки без особенностей. АД 115/70 мм рт.ст.

	ЧСС 86 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот обычных размеров, мягкий умеренно болезненный в правом подреберье. Нижний край печени выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Симптомы Мерфи, Ортнера отрицательны. Данные дополнительных исследований: в анализе крови – Л. – 9* 109/л, СОЭ – 30 мм/ч, в биохимическом анализе – общий белок 68 г/л, общий билирубин – 30 мкмоль/л, прямой – 18 мкмоль/л, АЛТ – 228 ед, АСТ – 246 ед, ЩФ – 350 ед, серомукоиды – 1024 ед, СРБ+++. HBSAg в крови не выявлен. УЗИ – гепатомегалия, диффузные изменения в печени, признаков портальной гипертензии нет. **Вопросы:** 1. Какие синдромы наблюдаются у больного? 2. Назовите проявления цитолитического синдрома. 3. Можно ли исключить у больного вирусные гепатиты? 4. Ваш предварительный диагноз. 5. Назначьте дополнительные методы обследования. 6. Назначьте лечение больному. Выпишите рецепты. 7. Каков вероятный прогноз? 8. Назовите меры профилактики заболевания.
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16** Больная 55 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на нижних конечностях и увеличение живота, слабость, кашель, кровохарканье, тяжесть в правом подреберье. Из анамнеза. В детстве частые ангины. В возрасте 26 лет обнаружен порок сердца. В течение 10 лет отмечает перебои в работе сердца и одышку при физической нагрузке. В последние два года появились отеки, усилилась одышка, кашель. Объективно. Состояние средней тяжести, астенического телосложения, пониженного питания. На лице - румянец с цианотичным оттенком, акроцианоз. Кожные покровы желтушные, сухие, горячие на ощупь, отмечаются отеки нижних конечностей до середины бедер. При перкуссии над легкими – притупление в нижних отделах. Аускультативно: жесткое дыхание, в задне - нижних отделах легких - влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в 1 мин. Шейные вены набухшие, пульсируют. При осмотре области сердца определяется сердечный толчок в эпигастральной области. При пальпации верхушечный толчок смещен влево, вниз, не усилен, ограниченный. Определяется «кошачье мурлыкание» над верхушкой. Перкуторно - левая граница сердца - в 5 межреберье по среднеключичной линии, правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - хлопающий 1 тон, ритм “перепела”, диастолический шум, у основания мечевидного отростка - систолический шум более грубый, усиливающийся на

	вдохе. Акцент II тона во II межреберье слева у грудины. ЧСС – 108 в мин., пульс – 91 в мин. малый, аритмичный, частый. АД – 115/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная с острым краем, пульсирует. Общий анализ крови: эритроциты- $3,3x10^{12}$/л, гемоглобин-100г/л, лейкоциты-$10x10^{9}$/л, п/яд - 3%, сегм/яд - 59%, эоз - 3%, лимф- 25%, мон - 10%, СОЭ 21 мм/ч. Общий анализ мочи: прозр., удельный вес 1014, белок – отр. Биох. анализ крови: белок – 83 г/л, СРБ ++, билирубин общий - 45 мкмоль/л. ЭКГ: ритм неправильный, частота 100 в мин., признаки гипертрофии обоих желудочков, интервалы R-R различной величины, зубцы Р отсутствуют, волны ff, комплексы QRS не расширены. **Вопросы:** 1. Выделите основные синдромы заболевания. 2. Оцените изменения на ЭКГ. Нарисуйте ЭКГ. 3. Как объяснить шум у мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе, и изменения печени? 4. Сформулируйте предварительный диагноз. 5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? 6. В чем заключается патогенез данного заболевания? 7. Укажите основные группы лекарственных препаратов, необходимых для лечения (выпишите рецепты). 8. Определите прогноз, меры профилактики заболевания.

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

«Помощник врача стационара (терапевта) (стационарная, выездная)»
(наименование практики)

Проведение зачета по клинической практике «Помощник врача стационара (терапевта) (выездная, стационарная)» 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.

Модуль 3. «Помощник врача стационара (акушера-гинеколога) (стационарная, выездная)»

Код компетенций	Тестовые вопросы
ПК-5, ПК-6	1. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) диагностика нарушений сердечного ритма плода 2) выявление и определение степени тяжести гипоксии плода по частоте сердечных сокращений 3) определение сократительной активности миометрия 4) оценка биофизического профиля плода 5) определение пороков развития сердца плода
ПК-5, ПК-6	2. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КАКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРОИЗВОДЯТ АМНИОЦЕНТЕЗ: 1) биохимического 2) гормонального 3) цитологического 4) генетического 5) все перечисленное выше верно
ПК-5, ПК-6	3. ПРИ КАКОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА В КРОВИ: 1) 5–6 нед 2) 8–10 нед 3) 14–16 нед 4) 35–37 нед 5) концентрация хорионического гонадотропина постоянна на протяжении всей беременности
ПК-5, ПК-6	4. КАКИЕ ГОРМОНЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМОЙ: 1) хорионический гонадотропин 2) эстриол 3) плацентарный лактоген 4) альфа-фетопротеин 5) все вышеперечисленные
ПК-5, ПК-6	5. ОСЛОЖНЕНИЯМИ АМНИОЦЕНТЕЗА МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ НИЖЕ, КРОМЕ: 1) преждевременных родов 2) ранения сосудов плода и пуповины 3) хориоамнионита 4) формирования врожденных пороков развития плода 5) преждевременного излития околоплодных вод
ПК-5, ПК-6	6.КОРДОЦЕНТЕЗ – ЭТО: 1) взятие пробы крови из маточных артерий беременной 2) взятие пробы крови из вены пуповины плода 3) получение околоплодных вод трансвагинальным доступом 4) получение аспирата ворсин хориона

	5) ничего из перечисленного выше
ПК-5, ПК-6	7. СИНТЕЗ ЭСТРОГЕНОВ В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННОЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В: 1) надпочечниках; 2) яичниках; 3) плаценте; 4) жировой ткани; 5) все из перечисленного выше верно
ПК-5, ПК-6	8. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СИНТЕЗ ПРОГЕСТЕРОНА И ЕГО ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ПРОИСХОДИТ ВО ВСЕХ ОРГАНАХ, КРОМЕ: 1) надпочечников плода 2) яичников 3) плаценты 4) эпифиза плода 5) надпочечников женщины
ПК-5, ПК-6	9. КАКОЙ ТЕСТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭСТРОГЕННЫХ ВЛИЯНИЙ: 1) измерение длины натяжения шеечной слизи 2) определение криопикнотического индекса 3) базальную термометрию 4) визуальную оценку количества шеечной слизи (симптом «зрачка») 5) исследование кристаллизации шеечной слизи (симптом «папоротника»)
ПК-5, ПК-6	10. В АКУШЕРСТВЕ ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ДЛЯ: 1) оценки готовности организма беременной к родам 2) диагностики ранних сроков беременности 3) оценки состояния плода 4) диагностики угрозы прерывания беременности в ранние сроки 5) всего перечисленного выше
ПК-5, ПК-6	11.С ПОМОЩЬЮ ПЕРВОГО ПРИЕМА ПАЛЬПАЦИИ ПЛОДА В МАТКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ: 1) предлежание плода 2) положение, позицию плода 3) отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз 4) уровень стояния дна матки 5) отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза
ПК-5, ПК-6	12.ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ПЛОСКОСТИ УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА РАВЕН: 1) 11 см 2) 12 см 3) 13 см 4) 12,5 см 5) 10,5 см
ПК-5, ПК-6	13.ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ: 1) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева

	2) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа 3) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди 4) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кзади 5) сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди
ПК-5, ПК-6	14.ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ: 1) вертикальным размером 2) средним косым размером 3) малым косым размером 4) бипариетальным размером 5) прямым размером
ПК-5, ПК-6	15.ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА ПРИ НАРАСТАНИИ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДОВ: 1) продолжение ведения родов под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода 2) лечение гипоксии плода, продолжение консервативного ведения родов 3) наложение акушерских щипцов 4) выполнение кесарева сечения в экстренном порядке 5) стимуляция родовой деятельности окситоцином
ПК-5, ПК-6	16.РАННЮЮ АМНИОТОМИЮ ПРОИЗВОДЯТ ПРИ: 1) преждевременных родах 2) анатомически узком тазе 3) тазовом предлежании плода 4) плоском плодном пузыре 5) многоплодной беременности
ПК-5, ПК-6	17.ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ НЕОБХОДИМО ПРЕКРАТИТЬ РОДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ПРОИЗВЕСТИ ОПЕРАЦИЮ: 1) наложение акушерских щипцов 2) краниотомия 3) кесарево сечение 4) классический акушерский поворот 5) экстракция плода за тазовый конец
ПК-5, ПК-6	18.ОБЪЕМ «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ» КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ СОСТАВЛЯЕТ : 1) 0,2 % массы тела 2) 0,5 % массы тела 3) 0,7 % массы тела 4) 1 % массы тела 5) 2 % массы тела
ПК-5, ПК-6	19.В СЛУЧАЕ ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ВОРСИНЫ ХОРИОНА ПРИКРЕПЛЯЮТСЯ В ПРЕДЕЛАХ: 1) функционального слоя эндометрия 2) миометрия 3) базального слоя эндометрия 4) периметрия 5) параметрия
ПК-5, ПК-6	20.ПРАВИЛЬНОЕ ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ - ЭТО: 1) головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коле-

	нях и тазобедренных суставах, туловище согнуто 2) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто 3) головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто 4) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах 5) головка разогнута, предлежит тазовый конец
ПК-5, ПК-6	21.ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В СРОКИ ДО 8 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ: 1) краснуха 2) туберкулез 3) ветряная оспа 4) инфекционный гепатит 5) хламидиоз
ПК-5, ПК-6	22.НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫЙ СИМПТОМОМ ГЕСТОЗА - ЭТО: 1) альбуминурия 1 г/л 2) значительная прибавка в весе 3) боли в эпигастральной области 4) заторможенность 5) повышенная возбудимость
ПК-5, ПК-6	23.ПЕРВОРОДЯЩАЯ 23 ЛЕТ ДОСТАВЛЕНА В РОДДОМ ПОСЛЕ ПРИПАДКА ЭКЛАМПСИИ, КОТОРЫЙ ПРОИЗОШЕЛ ДОМА. БЕРЕМЕННОСТЬ — 37-38 НЕДЕЛЬ, СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, АД - 150/100 ММ РТ. СТ., ПУЛЬС – 98 УД./МИН. ВЫРАЖЕННЫЕ ОТЕКИ НА НОГАХ, СОЗНАНИЕ ЗАТОРМОЖЕННОЕ. ОПРЕДЕЛИТЕ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ: 1) пролонгирование беременности на фоне лечения 2) проведение комплексной интенсивной терапии в течение 2-3 дней 3) срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения на фоне комплексной интенсивной терапии 4) родовозбуждение с последующим наложением акушерских щипцов 5) наложение акушерских щипцов 6)
ПК-5, ПК-6	24.ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРЕЩИН СОСКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ СРЕДСТВА И МЕТОДЫ, КРОМЕ: 1) мазевых аппликаций 2) физических методов воздействия 3) воздушных ванн 4) гормональных средств 5) антисептических препаратов (бриллиантовый зеленый)
ПК-5, ПК-6	25.ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖНО ПРОВОДИТЬ: 1) в женской консультации 2) в приемном покое родильного дома 3) в родильном отделении и только при развернутой операционной 4) в любых условиях 5) не производят из-за опасности возникновения профузного кровотечения
ПК-5, ПК-6	26.К НИЗКОДОЗИРОВАННЫМ ОРАЛЬНЫМ КОНТРАЦЕПТИВАМ

	ОТНОСЯТСЯ ПРЕПАРАТЫ СОДЕРЖАЩИЕ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛ В ДОЗИРОВКЕ: 1) 20 мкг 2) 30 – 35 мкг 3) 35 – 40 мкг 4) 40 – 45 мкг 5) 50 мкг
ПК-5, ПК-6	27.К ПРИЧИНАМ ИСТИННОЙ (ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ) АМЕНОРЕИ НЕ ОТНОСИТСЯ: 1) гипотиреоз 2) нейрогенная анорексия 3) синдром тестикулярной феминизации 4) атрезия девственной плевы 5) микро- и макроаденома гипофиза
ПК-5, ПК-6	28.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ - ЭТО: 1) гиполютеинизм 2) персистенция фолликулов 3) атрезия фолликулов 4) гиперпролактинемия 5) нарушения в свертывающей системе крови
ПК-5, ПК-6	29.КРОВОСНАБЖЕНИЕ ЯИЧНИКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ: 1) маточной артерией 2) яичниковой артерией 3) наружной подвздошной артерией 4) внутренней подвздошной и яичниковой артериями 5) маточной и яичниковой артериями
ПК-5, ПК-6	30.ДЕСКВАМАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СЛОЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ: 1) «пикового» выброса лютеотропина 2) снижения уровня эстрогенов и прогестерона в крови 3) снижения уровня пролактина в крови 4) повышения уровня эстрадиола в крови 5) «пикового» выброса фоллитропина
ПК-5, ПК-6	31.ОЛИГОДИСМЕНОРЕЯ — ЭТО: 1) редкие и скудные менструации 2) редкие и болезненные менструации 3) уменьшение кровопотери во время менструации 4) межменструальные скудные кровянистые выделения 5) уменьшение продолжительности менструального цикла
ПК-5, ПК-6	32.ЛОЖНАЯ АМЕНОРЕЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА: 1) атрезией канала шейки матки 2) аплазией тела матки 3) дисгенезией гонад 4) гипотиреозом 5) нейрогеннной анорексией
ПК-5, ПК-6	33.ДЛЯ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НЕ ХАРАКТЕРНО: 1) высокая контагиозность

	2) половой путь инфицирования 3) преимущественное поражение маточных труб 4) гнойно-септические осложнения 5) высокий онкогенный потенциал возбудителя
ПК-5, ПК-6	34.ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПЕРВИЧНЫЙ ОЧАГ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В: 1) легких 2) костях 3) мочевыделительной системе 4) лимфатических узлах 5) на брюшине
ПК-5, ПК-6	35.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ – ЭТО: 1) кимографическая пертубация 2) гистеросальпингография 3) трансвагинальная эхография 4) лапароскопия с хромосальпингоскопией 5) биконтрастная пельвиография
ПК-5, ПК-6	36.ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА: 1) зуд наружных половых органов и промежности 2) диспареуния 3) обильные бели с неприятным запахом 4) дизурия 5) тазовая боль
ПК-5, ПК-6	37.ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАКА И МЕЛАНОМЫ ВУЛЬВЫ: 1) дистанционная лучевая терапия 2) химиотерапия 3) гормональная терапия 4) хирургический 5) близкофокусная рентгенотерапия
ПК-5, ПК-6	38.ДИАГНОЗ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ: 1) цервикоскопии 2) гистероскопии 3) гистологического исследования биоптата шейки матки и соскоба эндоцервикса 4) расширенной кольпоскопии 5) цитологического исследования мазков-отпечатков с поверхности влагалищной части шейки матки
ПК-5, ПК-6	39.КО ВТОРОМУ ТИПУ СУБМУКОЗНЫХ МИОМ ОТНОСЯТСЯ: 1) узлы на ножке без интрамурального компонента 2) узлы с интрамуральным компонентом 50 % и более 3) узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 50 % 4) узлы на широком основании без интрамурального компонента 5) узлы, растущие из среднего слоя миометрия и располагающиеся в его толще

ПК-5, ПК-6	40.К ПРИЧИНАМ ОСТРОГО ЖИВОТА В ГИНЕКОЛОГИИ НЕ ОТНОСИТСЯ: 1) нарушенная внематочная беременность 2) апоплексия яичника 3) перекрут ножки опухоли яичника 4) некроз миоматозного узла 5) аденомиоз 1 – 2 ст. тела матки
ПК-5, ПК-6	41.НОЖКИ СОГНУТЫ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ И КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ, ПРЕДЛЕЖАТ ЯГОДИЦЫ И СТОПЫ ПЛОДА, СПИНКА СПРАВА – ЭТО: 1) чисто-ягодичное предлежание, 1 позиция 2) чисто-ягодичное предлежание, 2 позиция 3) смешанное ягодичное предлежание, 1 позиция 4) смешанное ягодичное предлежание, 2 позиция 5) полное ножное предлежание
ПК-5, ПК-6	42.ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЪЮГАТА РАВНА: 1) 20-21 см 2) 13,5 см 3) 11 см 4) 9,5 см 5) 12,5-13 см
ПК-5, ПК-6	43.МАЛЫЙ КОСОЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА: 1) 9,5 см 2) 10,5 см 3) 11 см 4) 12 см 5) 13,5 см
ПК-5, ПК-6	44.ПРИ ПРОСТОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ ВО ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ ГОЛОВКА СОВЕРШАЕТ: 1) разгибание 2) сгибание 3) опускание 4) максимальное разгибание 5) максимальное сгибание
ПК-5, ПК-6	45.ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РАННЕГО ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННЫХ НЕ ХАРАКТЕРНО: 1) рвота до 10 раз в сутки 2) наличие ацетона в моче 3) уменьшение массы тела 4) рвота до 20 – 25 раз в сутки 5) саливация густая, вязкая
ПК-5, ПК-6	46.К ОСЛОЖНЕНИЯМ АМНИОЦЕНТЕЗА НЕ ОТНОСЯТСЯ: 1) преждевременные роды 2) ранения сосудов плода и пуповины 3) хориоамнионит 4) формирование врожденных пороков развития плода 5) преждевременное излитие околоплодных вод
ПК-5, ПК-6	47.КО ВТОРОМУ ПЕРИОДУ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДОВ НЕ ОТНОСИТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ:

	1) вторичная слабость родовой деятельности 2) клинически узкий таз 3) острая гипоксии плода 4) травмы мягких тканей родовых путей 5) раннее излитие околоплодных вод
ПК-5, ПК-6	48.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ - ЭТО РАЗРЫВ: 1) стенок влагалища 2) промежности 3) тела матки 4) шейки матки 5) больших и малых половых губ
ПК-5, ПК-6	49.ОСНОВНОЕ УСЛОВИЕ ПРИ НАЛОЖЕНИИ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ - ЭТО: 1) отсутствие плодного пузыря 2) полное открытие маточного зева 3) нахождение головки в полости таза или на тазовом дне 4) соответствие размеров головки плода и таза женщины 5) живой плод
ПК-5, ПК-6	50.РАЗВИТИЕ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ СВЯЗАНО С ПОВЫШЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ: 1) прямого билирубина 2) непрямого билирубина 3) АсАТ 4) АлАТ 5) щелочной фосфатазы
ПК-5, ПК-6	51.К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ: 1) отсутствие менструаций у здоровой молодой женщины 2) изменение формы, величины и консистенции матки 3) повышенный уровень хорионического гонадотропина в моче 4) увеличение молочных желез и выделение молозива 5) шевеление плода
ПК-5, ПК-6	52.ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ТОТАЛЬНОГО ПЛОТНОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ - ЭТО: 1) боль в животе 2) кровотечение 3) высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода 4) отсутствие признаков отделения плаценты 5) форма матки в виде «песочных часов» 6)
ПК-5, ПК-6	53.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПРЕЭКЛАМПСИИ: 1) отеки голеней 2) альбуминурия 3) субъективные жалобы 4) развитие во второй половине беременности 5) рвота
ПК-5, ПК-6	54.НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ МОДИФИКАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В НИЖНЕМ МАТОЧНОМ СЕГМЕНТЕ – ЭТО: 1) по В.И. Ельцову-Стрелкову

	2) по Гусакову 3) по Дерфлеру 4) по Штарку 5) по Сельхайму
ПК-5, ПК-6	55.ОСНОВНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАЦИИ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: 1) инфекция у матери 2) безводный промежуток до 6 часов 3) крупный плод 4) маленький плод 5) разгибание головки
ПК-5, ПК-6	56.ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: 1) диетотерапия 2) физиотерапия и ЛФК 3) заместительная гормонотерапия 4) витаминотерапия 5) ноотропные препараты
ПК-5, ПК-6	57.К СИНДРОМУ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НЕ ОТНОСИТСЯ: 1) гипоплазия матки 2) двустороннее увеличение яичников 3) гипертрихоз 4) уменьшение костной массы 5) первичное бесплодие
ПК-5, ПК-6	58.К ПРИЧИНЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ СОСКОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НЕ ОТНОСИТСЯ: 1) микроаденома гипофиза 2) гипотиреоз 3) длительное применение производных фенотиазина 4) адреногенитальный синдром 5) внутрипротоковая папиллома молочной железы
ПК-5, ПК-6	59.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гормонально-активные опухоли яичников 2) генитальный туберкулез 3) гнойные воспалительные процессы в матке, придатках 4) гнойные воспалительные процессы в тазовой брюшине и клетчатке 5) гипофункция яичников
ПК-5, ПК-6	60.ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ: 1) лимфогенный 2) гематогенный 3) периневральный 4) контактный 5) интраканаликулярный
ПК-5, ПК-6	61.ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) обнаружение ключевых клеток

	2) повышение pH влагалищного секрета 3) положительный аминотест 4) понижение pH влагалищного секрета 5) наличие белей
ПК-5, ПК-6	62.К ЧИСТЫМ ГЕСТАГЕННЫМ ОРАЛЬНЫМ КОНТРАЦЕПТИВАМ ОТНОСИТСЯ: 1) Регулон 2) Новинет 3) Чарозетта 4) Джес 5) Ярина
ПК-5, ПК-6	63.ТЕРМИН «ПЕРВИЧНОЕ БЕСПЛОДИЕ» ОЗНАЧАЕТ, ЧТО: 1) беременность не наступает при регулярной половой жизни без применения средств контрацепции 2) наличие факторов инфертильности у обоих партнеров 3) все беременности прерваны по медицинским показаниям 4) отсутствие или аномалии развития внутренних половых органов 5) отсутствие беременности в течение года регулярной половой жизни после наступавших ранее беременностей
ПК-5, ПК-6	64.ВЛАГАЛИЩНАЯ ЧАСТЬ ШЕЙКИ МАТКИ В НОРМЕ ПОКРЫТА: 1) цилиндрическим эпителием 2) однослойным многорядным эпителием 3) железистым эпителием 4) многослойным плоским неороговевающим эпителием 5) многослойным плоским ороговевающим эпителием
ПК-5, ПК-6	65.ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ ЭКВИВАЛЕНТОМ ПОНЯТИЯ «ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ» ЯВЛЯЕТСЯ: 1) акантоз 2) дискариоз 3) гиперкератоз 4) кариолизис 5) гистиоцитарная инфильтрация
ПК-5, ПК-6	66.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ - ЭТО: 1) влагалищное исследование 2) ультразвуковое исследование 3) хромография 4) гистероскопия 5) лапароскопия
ПК-5, ПК-6	67.ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ: 1) альгодисменорея 2) менометроррагия 3) пред- и постменструальные кровянистые выделения 4) бесплодие 5) олигодисменорея
ПК-5, ПК-6	68.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) генитальный инфантилизм 2) наружный генитальный эндометриоз

	3) подслизистая миома матки 4) хронический сальпингит 5) длительное «ношение» ВМК
ПК-5, ПК-6	69.ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ: 1) перекрута ножки опухоли яичника 2) рождения подслизистого миоматозного узла 3) атипической гиперплазии эндометрия 4) острого гнойного воспаления придатков матки 5) внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта
ПК-5, ПК-6	70.ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ - ЭТО: 1) эндотрахеальный наркоз 2) внутривенная анестезия 3) перидуральная анестезия 4) местная инфильтрационная анестезия 5) пероральный прием анальгетиков
ПК-5, ПК-6	71.ОТНОШЕНИЕ ОСИ ПЛОДА К ОСИ МАТКИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ: 1) членорасположение плода 2) положение плода 3) позиция плода 4) вид плода 5) предлежание плода
ПК-5, ПК-6	72.РАЗМЕР ТАЗА, РАВНЫЙ 20—21 СМ: 1) истинная конъюгата 2) диагональная конъюгата 3) наружная конъюгата 4) боковая конъюгата 5) косая конъюгата
ПК-5, ПК-6	73.ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, 1-ОЙ ПОЗИЦИИ, ЗАДНЕМ ВИДЕ: 1) межвертельная линия в поперечном размере, крестец справа 2) межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кзади 3) межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади 4) межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кпереди 5) межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди
ПК-5, ПК-6	74.ПРЯМОЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА РАВЕН: 1) 9,5 см 2) 10,5 см 3) 11 см 4) 12 см 5) 13,5 см
ПК-5, ПК-6	75.РАССТОЯНИЕ ОТ ПЕРЕНОСЬЯ ДО ЗАТЫЛОЧНОГО БУГРА ГОЛОВКИ ПЛОДА - ЭТО: 1) малый косой размер 2) средний косой размер 3) большой косой размер 4) вертикальный размер

	5) прямой размер
ПК-5, ПК-6	76.В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ЭКЛАМПСИЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ ПРИНЦИПЫ, РАЗРАБОТАННЫЕ В.В.СТРОГАНОВЫМ, КРОМЕ: 1) исключения внешних раздражителей 2) регуляции функций жизненно важных органов 3) кровопускания 4) ранней амниотомии 5) быстрого и бережного родоразрешения
ПК-5, ПК-6	77.ВОЗМОЖНОСТЬ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БЛИЗОРУКОСТИ ЗАВИСИТ ОТ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ФАКТОРОВ, КРОМЕ: 1) состояния глазного дна 2) степени близорукости 3) доброкачественного или злокачественного течения близорукости 4) динамики изменения зрения в процессе наблюдения за беременной 5) желания женщины иметь ребенка
ПК-5, ПК-6	78.ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СИНТЕЗ ПРОГЕСТЕРОНА И ЕГО ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ПРОИСХОДИТ ВО ВСЕХ ОРГАНАХ, КРОМЕ: 1) надпочечников плода 2) яичников 3) плаценты 4) эпифиза плода 5) надпочечников женщины
ПК-5, ПК-6	79.ДЛЯ ПЕРЕНОШЕННОГО ПЛОДА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ: 1) отсутствия сыровидной смазки 2) плотных костей черепа 3) обильного лануго 4) «банных» стоп и ладоней 5) узких швов и родничков
ПК-5, ПК-6	80.ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ГОЛОВКИ ПЛОДА В УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА НЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ: 1) нижняя треть лобкового симфиза 2) нижняя треть крестца 3) седалищные бугры 4) копчик 5) нижний край лобкового симфиза
ПК-5, ПК-6	81.ОТНОШЕНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ И ГОЛОВКИ К ТУЛОВИЩУ ПЛОДА — ЭТО: 1) положение плода 2) позиция плода 3) вид плода 4) членорасположение плода 5) вставление головки
ПК-5, ПК-6	82.НОЖКИ СОГНУТЫ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ, РАЗОГНУТЫ В КОЛЕННЫХ И ПРИЖИМАЮТ РУЧКИ, СПИНКА ОБРАЩЕ-

	НА КПЕРЕДИ — ЭТО: 1) 1-я позиция, передний вид 2) чисто-ягодичное предлежание, передний вид 3) 1-я позиция, задний вид 4) тазовое предлежание, 1-я позиция 5) тазовое предлежание, 2-я позиция
ПК-5, ПК-6	83.ПРАВЫЙ КОСОЙ РАЗМЕР ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ РАВЕН: 1) 11 см 2) 12 см 3) 13 см 4) 11,5 см 5) 10,5 см
ПК-5, ПК-6	84.ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, 1-ОЙ ПОЗИЦИИ: 1) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева 2) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа 3) сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди 4) сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади 5) сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади
ПК-5, ПК-6	85.ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА РАВЕН: 1) 8,5 см 2) 9,5 см 3) 10,5 см 4) 11 см 5) 12 см
ПК-5, ПК-6	86.РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПРИ БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ В ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ – ЭТО: 1) I момент 2) II момент 3) III момент 4) IV момент 5) V момент
ПК-5, ПК-6	87.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ – ЭТО: 1) многоводие 2) гестоз 3) досрочное прерывание беременности 4) пороки развития плода 5) крупные размеры плода
ПК-5, ПК-6	88.ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ – ЭТО: 1) диагностика нарушений сердечного ритма плода 2) выявление и определение степени тяжести гипоксии плода по частоте сердечных сокращений 3) определение сократительной активности миометрия 4) оценка биофизического профиля плода 5) определение пороков развития сердца плода
ПК-5, ПК-6	89.ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, КРОМЕ: 1) излития околоплодных вод

	2) появления кровянистых выделений из половых путей 3) изменения сердцебиения плода 4) хронической фетоплацентарной недостаточности 5) выпадения петель пуповины
ПК-5, ПК-6	90.ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ (250 МЛ) В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ В ОТСУТСТВИЕ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ: 1) ввести средства, вызывающие сокращение матки 2) применить метод Креде—Лазаревича 3) применить прием Абуладзе 4) произвести ручное отделение плаценты и выделение последа 5) ввести спазмолитические средства
ПК-5, ПК-6	91.ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ: 1) сердцебиение 2) дыхание 3) состояние зрачков 4) мышечный тонус 5) цвет кожи
ПК-5, ПК-6	92.ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ТРЕБУЕТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО: 1) прижать аорту 2) ввести сокращающие матку средства 3) клеммировать параметрий 4) произвести ручное обследование стенок полости матки 5) ампутации матки
ПК-5, ПК-6	93.ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) поперечное положение плода 2) дородовое излитие вод 3) низкое поперечное стояние стреловидного шва 4) безводный промежуток 12 часов 5) повышение температуры в родах более 37,6 С
ПК-5, ПК-6	94.ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА: 1) потеря аппетита 2) желтуха 3) кожный зуд 4) диспепсические расстройства 5) боли в правом подреберье
ПК-5, ПК-6	95.МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА В КРОВИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ В СРОКЕ: 1) 5 – 6 недель 2) 8-10 недель 3) 14-16 недель 4) 35-37 недель 5) концентрация хорионического гонадотропина постоянна на протяжении всей беременности
ПК-5, ПК-6	96.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА: 1) 28-29 дней

	2) 28-40 дней 3) 3 - 7дней 4) 21 - 35 дней 5) 14-28 дней
ПК-5, ПК-6	97.СРЕДНЯЯ КРОВОПОТЕРЯ ВО ВРЕМЯ НОРМАЛЬНОЙ МЕНСТРУАЦИИ: 1) 200—250 мл 2) 100—150 мл 3) 20 — 30 мл 4) 40-60 мл 5) 150-200 мл
ПК-5, ПК-6	98.ИННЕРВАЦИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ: 1) подчревными и пудендальными нервами 2) тазовыми и подчревными нервами 3) тазовыми нервами 4) пудендальными и запирательными нервами 5) запирательными нервами
ПК-5, ПК-6	99.МЕТРОРРАГИЯ ЭТО: 1) изменение ритма менструации 2) увеличение кровопотери во время менструации 3) увеличение продолжительности менструации 4) ациклические маточные кровотечения 5) урежение менструаций 6)
ПК-5, ПК-6	100.К ПРИЧИНЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ: 1) опухоль головного мозга 2) фолликулярная киста яичника 3) адреногенитальный синдром 4) дисгенезия гонад 5) гранулезоклеточная опухоль яичника
ПК-5, ПК-6	101. НА КАКОЙ НЕДЕЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ (ЗАРОДЫШЕВЫЙ) ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА: 1) 5-6-ой 2) 7-8-ой 3) 8-9-ой 4) 9-10-ой 5) 5. 10-11-ой
ПК-5, ПК-6	102. НА КАКОЙ НЕДЕЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ НАЧИНАЕТСЯ ФЕТАЛЬНЫЙ (ПЛОДОВЫЙ) ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА: 1) 5-6-ой 2) 7-8-ой 3) 8-9-ой 4) 9-10-ой 5) 10-11-ой
ПК-5, ПК-6	103. НАРУЖНЫЙ СЛОЙ МАТКИ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) Параметрий 2) Периметрий 3) Миометрий 4) Эндометрий 5) Базальная мембрана

ПК-5, ПК-6	104. ВНУТРЕННИЙ СЛОЙ МАТКИ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) Параметрий 2) Периметрий 3) Миометрий 4) Эндометрий 5) Базальная мембрана
ПК-5, ПК-6	105. МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ МАТКИ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) Параметрий 2) Периметрий 3) Миометрий 4) Эндометрий 5) Базальная мембрана
ПК-5, ПК-6	106. ОКОЛОМАТОЧНАЯ КЛЕТЧАТКА НАЗЫВАЕТСЯ: 1) Параметрий 2) Периметрий 3) Миометрий 4) Эндометрий 5) Базальная мембрана
ПК-5, ПК-6	107. В НОРМЕ МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА ПРЕДСТАВЛЕНА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО: 1) Кандидами 2) Палочками Дедерлейна 3) Кишечными палочками 4) Трихомонадами 5) Гарднереллами
ПК-5, ПК-6	108. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА МАТОЧНЫХ ТРУБ ВЫСТЛАНА ЭПИТЕЛИЕМ: 1) Однослойным плоским 2) Многослойным плоским 3) Мерцательным цилиндрическим 4) Цилиндрическим кубическим 5) Цилиндрическим двухрядным
ПК-5, ПК-6	109. КРУГЛЫЕ СВЯЗКИ МАТКИ НАКЛОНЯЮТ МАТКУ: 1) Кзади 2) Кпереди 3) Влево 4) Вправо 5) Книзу
ПК-5, ПК-6	110. ЧАСТЬ ШИРОКОЙ СВЯЗКИ МЕЖДУ ЯИЧНИКОМ И МАТОЧНОЙ ТРУБОЙ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) Круглая связка 2) Воронко-тазовая связка 3) Кардинальная связка 4) + Мезосальпинкс 5) Собственная связка яичника
ПК-5, ПК-6	111. В 1-УЮ ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА В ЯИЧНИКАХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ГОРМОН: 1) Прогестерон 2) Эстрогены 3) Тестостерон 4) Андростендинон 5) Андроген

ПК-5, ПК-6	112. ВО 2-УЮ ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА В ЯИЧНИКАХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ГОРМОН: 1) Прогестерон 2) Эстрогены 3) Тестостерон 4) Андростендинон 5) Андроген
ПК-5, ПК-6	113. КАКАЯ ФАЗА МАТОЧНОГО ЦИКЛА СООТВЕТСТВУЕТ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЕ ЯИЧНИКОВОГО ЦИКЛА: 1) Десквамация 2) Регенерация 3) пролиферация 4) секреция 5) децидуализация
ПК-5, ПК-6	114. КАКАЯ ФАЗА МАТОЧНОГО ЦИКЛА СООТВЕТСТВУЕТ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ФАЗЕ ЯИЧНИКОВОГО ЦИКЛА: 1) Десквамация 2) Регенерация 3) Пролиферация 4) Секреция 5) Децидуализация
ПК-5, ПК-6	115. СРЕДНИЙ ОБЪЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ В НОРМЕ РАВЕН (МЛ): 1) 10-25 мл 2) 30-50 мл 3) 70-90 мл 4) 110-140 мл 5) 150-200 мл
ПК-5, ПК-6	116. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ КОНТРАЦЕПТИВНОЙ НАДЕЖНОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ: 1) Биологические методы 2) Барьерные методы 3) Гормональные контрацептивы 4) Прерванный половой акт 5) Календарный метод
ПК-5, ПК-6	117. НАИБОЛЕЕ НИЗКОЙ КОНТРАЦЕПТИВНОЙ НАДЕЖНОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ: 1) Хирургическая стерилизация 2) Презервативы 3) Гормональные контрацептивы 4) Спермициды 5) Внутриматочная контрацепция
ПК-5, ПК-6	118. КАКОЙ МЕТОД СОЧЕТАЕТ В СЕБЕ КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ЭФФЕКТ И ЗАЩИТУ ОТ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: 1) Биологические методы 2) Презервативы 3) Гормональные контрацептивы 4) Прерванный половой акт 5) Внутриматочная контрацепция
ПК-5, ПК-6	119. КАКОЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЖЕНЩИНЕ В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ:

	1) Внутриматочная контрацепция 2) Барьерные методы 3) Чисто прогестиновые контрацептивы 4) Комбинированные оральные контрацептивы 5) Лактационная аменорея
ПК-5, ПК-6	120. КАКОЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАН У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ: 1) Биологический метод 2) Внутриматочная контрацепция 3) Барьерный метод 4) Гормональные контрацептивы 5) Прерванный половой акт
ПК-5, ПК-6	121. КАКОЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ: 1) Биологический метод 2) Внутриматочная контрацепция 3) Барьерный метод 4) Гормональные контрацептивы 5) Прерванный половой акт
ПК-5, ПК-6	122. КАКОЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАН У ЖЕНЩИН С НЕРЕГУЛЯРНЫМ МЕНСТРУАЛЬНЫМ ЦИКЛОМ: 1) Биологический метод 2) Внутриматочная контрацепция 3) Барьерный метод 4) Гормональные контрацептивы 5) Прерванный половой акт
ПК-5, ПК-6	123. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА - ЭТО ГИБЕЛЬ ПЛОДА ДО НАЧАЛА РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАЧИНАЯ С: 1) 12 недель 2) 16 недель 3) 22 недель 4) 28 недель 5) 34 недель
ПК-5, ПК-6	124. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ: 1) Блокада овуляции за счет торможения секреции рилизинг-факторов ЛГ и ФСГ 2) Блокада биохимических и биофизических процессов в эндометрии, эндоцервиксе 3) Сгущение цервикальной слизи, снижение подвижности сперматозоидов 4) Усиление перистальтики маточных труб, матки 5) Повышение кислотности влагалища, атрофические изменения эндометрия
ПК-5, ПК-6	125. УКАЖИТЕ ГОРМОН, КОТОРЫЙ ВЫЗЫВАЕТ СЕКРЕТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЭНДОМЕТРИИ: 1) Эстрадиол 2) Эстриол 3) Эстрон 4) Прогестерон 5) Тестостерон
ПК-5, ПК-6	126. УКАЖИТЕ ГОРМОН, КОТОРЫЙ ВЫЗЫВАЕТ ПРОЛИФЕРА-

	ТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЭНДОМЕТРИИ: 1) Эстрадиол 2) Эстриол 3) Эстрон 4) Прогестерон 5) Тестостерон
ПК-5, ПК-6	127. ЖЕНЩИНА К., 20 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ ПО ПОДБОРУ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНОГО СРЕДСТВА. ИЗ АНАМНЕЗА: НЕЗАМУЖЕМ, ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ С 16 ЛЕТ, НЕРЕГУЛЯРНАЯ С ЧАСТОТОЙ 1-2 РАЗА В МЕСЯЦ СО СЛУЧАЙНЫМИ ПОЛОВЫМИ ПАРТНЕРАМИ, БЕРЕМЕННОСТЕЙ НЕ БЫЛО. КАКОЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН: 1) Экстренная контрацепция 2) Презерватив 3) Барьерный метод + КОКи 4) Низкодозированные КОКи 5) Внутриматочная контрацепция
ПК-5, ПК-6	128. ДЛЯ ЗАМУЖНЕЙ ЖЕНЩИНЫ 25 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕЙ 2-Х ДЕТЕЙ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ КОНТРАЦЕПЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) КОКи 2) Добровольная хирургическая стерилизация 3) Внутриматочная контрацепция 4) Барьерный метод 5) Экстренная контрацепция
ПК-5, ПК-6	129. ИЗ РАСЧЕТА НА КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО РОДОВ ЖИВЫМИ ДЕТЬМИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ: 1) 10 2) 100 3) 1000 4) 10000 5) 100000
ПК-5, ПК-6	130. КОЭФФИЦИЕНТ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТРАЖАЕТ СООТНОШЕНИЕ ЧИСЛА: 1) Умерших беременных, рожениц и родильниц на 100 000 новорожденных, родившихся живыми 2) Умерших беременных, рожениц и родильниц на 100 000 новорожденных, родившихся живыми и мертвыми 3) Умерших беременных и рожениц на 10 000 новорожденных, родившихся живыми 4) Умерших рожениц и родильниц на 1000 новорожденных, родившихся живыми и мертвыми 5) Беременных, рожениц и родильниц на 100 новорожденных, родившихся живыми
ПК-5, ПК-6	131. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ГОТОВНОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ К РОДАМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Увеличение секреции кортизола надпочечниками матери 2) Увеличение секреции тиреотропного гормона у плода 3) Уменьшение секреции прогестерона 4) Увеличение секреции гистамина 5) Снижение секреции кортизола надпочечниками матери
ПК-5, ПК-6	132. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПИЩЕВАРИ-

	ТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ БЕРЕМЕННОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ: 1) Снижение секреторной функции желудка 2) Увеличение секреторной функции печени 3) Снижение секреции слюны 4) Увеличение секреторной функции желудка 5) Снижение секреторной функции печени
ПК-5, ПК-6	133. У БЕРЕМЕННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Самопроизвольный выкидыш 2) Преждевременные роды 3) Перенашивание беременности 4) Преэклампсия 5) Многоводие
ПК-5, ПК-6	134. ПЕРВЫМ КРИТИЧЕСКИМ ПЕРИОДОМ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Предимплантационная стадия и имплантация 2) Оплодотворение 3) Развитие зачатков органов и систем, формирование плаценты 4) Плацентация 5) Транспорт оплодотворенной яйцеклетки
ПК-5, ПК-6	135. ВТОРЫМ КРИТИЧЕСКИМ ПЕРИОДОМ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Предимплантационная стадия 2) Имплантация 3) Оплодотворение 4) Развитие зачатков органов и систем, формирование плаценты 5) Плацентация
ПК-5, ПК-6	136. С КАКОГО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ НАЧИНАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ: 1) 6-8 недель 2) 9-11 недель 3) 12-14 недель 4) 15-17 недель 5) 18-20 недель
ПК-5, ПК-6	137. МАКСИМАЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ: 1) 5-12 недель 2) 13-20 недель 3) 21-28 недель 4) 29-36 недель 5) 37-41 недель
ПК-5, ПК-6	138. ОБЪЕМ ПЛАЗМЫ К КОНЦУ БЕРЕМЕННОСТИ ПОВЫШАЕТСЯ НА: 1) 9-21 % 2) 22-34% 3) 35-47% 4) 48-60% 5) 61-73%
ПК-5, ПК-6	139. ОБЪЕМ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОВЫШАЕТСЯ НА: 1) 10-17% 2) 18-25%

	3) 26-33% 4) 34-41% 5) 42-49%
ПК-5, ПК-6	140. ПОТРЕБНОСТЬ В ПРЕПАРАТАХ ЖЕЛЕЗА ПОВЫШАЕТСЯ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ: 1) 6-10 недель 2) 11-15 недель 3) 16-20 недель 4) 21-24 недели 5) 25-29 недель
ПК-5, ПК-6	141. ОСЛАБЛЕНИЕ МОТОРИКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СВЯЗАНО С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ: 1) Хорионического гонадотропина человека 2) Прогестерона 3) Эстрогена 4) Андростендиона 5) Тиреотропин-релизинг фактора
ПК-5, ПК-6	142. ПРИ КАКОМ ПРИОБРЕТЕННОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ПРОГНОЗ ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ: 1) Митральная недостаточность без нарушения гемодинамики 2) Стеноз митрального клапана с нарушением гемодинамики 3) Аортальный порок без нарушения гемодинамики 4) Аортальный порок с мерцательной аритмией 5) Декомпенсированный порок сердца
ПК-5, ПК-6	143. ПАЦИЕНТКА Ж., 24 ЛЕТ, В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 22-23 НЕДЕЛЬ ОБРАТИЛАСЬ С ЖАЛОБАМИ НА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 37,7 С, БОЛИ В ОБЛАСТИ ПОЯСНИЦЫ И ВНИЗУ ЖИВОТА, БОЛИ ПРИ МОЧЕИСПУСКАНИИ. КАКИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА: 1) Бактериоскопическое исследование мазка из уретры 2) Общий и биохимический анализ крови 3) Бактериологическое исследование шеечной слизи 4) Бактериологическое исследование мочи 5) Бактериоскопическое исследование влагалищного содержимого
ПК-5, ПК-6	144. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ: 1) Преэклампсия 2) Острая почечная недостаточность 3) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 4) Преждевременные роды 5) Предлежание плаценты
ПК-5, ПК-6	145. ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНО: 1) Нефротическая форма гломерулонефрита 2) Хронический пиелонефрит, стадия обострения 3) Смешанная форма гломерулонефрита 4) Мочекаменная болезнь, почечная колика 5) Латентная форма гломерулонефрита
ПК-5, ПК-6	146. РОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ОТКРЫТОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕ-

	ЗА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРИНЯТЫ: 1) В специализированном боксе туберкулезного диспансера 2) В специализированном боксе родильного дом 3) В специализированном боксе инфекционной больницы 4) В обсервационном отделении родильного дома 5) В специализированном боксе многопрофильного стационара
ПК-5, ПК-6	147. РОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРИНЯТЫ: 1) В специализированном акушерском стационаре 2) В специализированном боксе родильного дома 3) В специализированном боксе инфекционной больницы 4) В обсервационном отделении родильного дома 5) В специализированном боксе многопрофильного стационара
ПК-5, ПК-6	148. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБОСТРЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У БЕРЕМЕННЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ В СРОКЕ: 1) 8-12 недель 2) 13-17 недель 3) 18-22 недели 4) 23-27 недель 5) 28-32 недель
ПК-5, ПК-6	149. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ УСИЛЕНИЮ СИНТЕЗА: 1) Тромбоксана 2) Простагландина Е 3) Окситоцина 4) Пролактина 5) Простациклина
ПК-5, ПК-6	150. БЕРЕМЕННОЙ О., 32 ЛЕТ, ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: БЕРЕМЕННОСТЬ 34 НЕДЕЛИ. ЭКЛАМПСИЯ. В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ И ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ОТМЕЧАЛСЯ ПОВТОРНЫЙ ПРИСТУП СУДОРОГ. ПОСЛЕ СТАБИЛИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ ПРОВЕДЕНО ВАГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: ШЕЙКА МАТКИ «НЕЗРЕЛАЯ». ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВРАЧА: 1) Пролонгирование беременности на фоне симптоматического лечения 2) Лечение в течение 3-4 дней, при отсутствии эффекта – родоразрешение 3) Стабилизация состояния, преиндукция и индукция родовой деятельности 4) Стабилизация состояния и родоразрешение путем операции кесарево сечение 5) Симптоматическая терапия, консервативные роды в доношенном сроке
ПК-5, ПК-6	151. РОЖЕНИЦЕ П., 24 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В РОДИЛЬНЫЙ ДОМ С ДИАГНОЗОМ: БЕРЕМЕННОСТЬ 37 НЕДЕЛЬ. ПРЕЭКЛАМПСИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ. УГРОЖАЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПЛОДА. ВАША ТАКТИКА: 1) Вагинальные роды 2) Оксигенотерапия

	3) Вакуум-экстракция 4) Экстренное кесарево сечение 5) Наложить акушерские щипцы
ПК-5, ПК-6	152. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ С НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫМ ЭФФЕКТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ ДЛЯ РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ/ЭКЛАМПСИИ: 1) Эуфиллин 2) Сульфат магния 3) Диуретик 4) Спазмолитик 5) Экстракт валерианы
ПК-5, ПК-6	153. КАКОЕ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В СУТОЧНОЙ МОЧЕ БЕРЕМЕННОЙ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПРОТЕИНУРИЯ: 1) 0,003 г и выше 2) 0,03 г и выше 3) 0,3 г и выше 4) 3,0 г и выше 5) 33,0 г и выше
ПК-5, ПК-6	154. БЕРЕМЕННАЯ К., 26 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В РОДДОМ С ДИАГНОЗОМ: БЕРЕМЕННОСТЬ 37 НЕДЕЛЬ, ПРЕЭКЛАМПСИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ. ПРИ ВАГИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: ШЕЙКА МАТКИ «ЗРЕЛАЯ». ВАША ТАКТИКА: 1) Комплексное лечение преэклампсии до спонтанной родовой деятельности 2) Родоразрешение: амниотомия и родовозбуждение окситоцином 3) Комплексное лечение преэклампсии с одновременной подготовкой организма к родам простагландинами 4) Родоразрешение: кесарево сечение в плановом порядке 5) Родоразрешение: кесарево сечение в экстренном порядке
ПК-5, ПК-6	155. БЕРЕМЕННАЯ А., 30 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В РОДДОМ С ДИАГНОЗОМ: БЕРЕМЕННОСТЬ 37 НЕДЕЛЬ, ПРЕЭКЛАМПСИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ. ПРИ ВАГИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: ШЕЙКА МАТКИ «ЗРЕЛАЯ». ВАША ТАКТИКА: 1) Комплексное лечение преэклампсии до спонтанной родовой деятельности 2) Родоразрешение: амниотомия и родовозбуждение окситоцином 3) Комплексное лечение преэклампсии с одновременной подготовкой организма к родам простагландинами 4) Родоразрешение: кесарево сечение в плановом порядке 5) Родоразрешение: кесарево сечение в экстренном порядке
ПК-5, ПК-6	156. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Радиоизотопная сцинтиграфия 2) Тепловидение 3) Ультразвуковое сканирование 4) Допплерография 5) Рентгенография органов малого таза
ПК-5, ПК-6	157. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ В СЛУЧАЕ ПОЛНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: 1) Шероховатые оболочки плодного пузыря

	2) Тазовый конец плода 3) Ручка плода 4) Губчатая ткань над внутренним зевом 5) Головка плода
ПК-5, ПК-6	158. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ (ПО ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКЕ МАТКИ) ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ: 1) Локальной болезненности 2) Схваткообразных болей 3) Отеков нижних конечностей 4) Отеков передней брюшной стенки 5) Повышения артериального давления
ПК-5, ПК-6	159. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ РОЖЕНИЦЕ ПОКАЗАНО: 1) Родостимуляция окситоцином 2) Родостимуляция простагландинами 3) Введение метилэргометрина внутривенно капельно 4) Родоразрешение путем операции кесарево сечение в плановом порядке 5) Родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке
ПК-5, ПК-6	160. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ИМЕЕТ: 1) Предлежание плода (головное, тазовое) 2) Состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта) 3) Состояние плода (живой, мертвый) 4) Интенсивность кровотечения 5) Возраст женщины
ПК-5, ПК-6	161. У БЕРЕМЕННОЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В СРОКЕ 32 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЯВИЛИСЬ ПРИЗНАКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ. ГОСПИТАЛИЗИРОВАНА В РОДДОМ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА: 1) Интенсивная терапия и сохранение беременности 2) Родовозбуждение и родостимуляция 3) Экстренное кесарево сечение 4) Плановое кесарево сечение 5) Интенсивная терапия преэклампсии
ПК-5, ПК-6	162. БЕРЕМЕННОЙ В 9-10 НЕДЕЛЬ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: БЕРЕМЕННОСТЬ 9-10 НЕДЕЛЬ. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС. ВАША ТАКТИКА: 1) Выскабливание полости матки 2) Пролонгирование беременности 3) Ампутация матки без придатков 4) Экстирпация матки без придатков 5) Химиотерапия
ПК-5, ПК-6	163. БЕРЕМЕННОЙ ПРОИЗВЕДЕНО ВЫСКАБЛИВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ В 9-10 НЕДЕЛЬ ПО ПОВОДУ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС.ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО ГОРМОНА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ СИСТЕМАТИЧЕСКИ: 1) Хорионического гонадотропина в крови

	2) Прогестерона в крови 3) Тестостерона в крови 4) 17-КС в моче 5) Фолликулостимулирующего гормона крови
ПК-5, ПК-6	164. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ: 1) Локальная болезненность и напряжение матки 2) Нарушение ритма сердцебиения плода 3) Шарообразная форма матки 4) повторяющееся кровотечение из половых путей 5) Дородовое излитие околоплодных вод
ПК-5, ПК-6	165. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ: 1) Локальная болезненность и напряжение матки 2) Аномалия родовой деятельности 3) Шарообразная форма матки 4) Кровотечение из половых путей 5) Дородовое излитие околоплодных вод
ПК-5, ПК-6	166. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ПЕРВОРОДЯЩЕЙ ОТКРЫТИЕ МАТОЧНОГО ЗЕВА 4 СМ, ОПРЕДЕЛЕНО НЕПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ И ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ: 1) Амниотомия и родостимуляция 2) Продолжать роды вести консервативно 3) Кесарево сечение в экстренном порядке 4) Роды вести по Цовьянову 5) Экстракция плода за тазовый конец
ПК-5, ПК-6	167. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ОБРАТИЛАСЬ ПЕРВОБЕРЕМЕННАЯ Н., 24 ЛЕТ, С ДОНОШЕННОЙ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ БЕЗ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. ПРИ УЗИ ОБА ПЛОДА В ПРОДОЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ, ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕС ПЛОДОВ 2800-3000 Г. ПРИ ВАГИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: ШЕЙКА МАТКИ «ЗРЕЛАЯ». ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ: 1) Кесарево сечение в плановом порядке 2) Консервативные роды, при развитии слабости родовой деятельности – кесарево сечение 3) Консервативные роды, при развитии слабости родовой деятельности - родостимуляция 4) Преиндукция и индукция родовой деятельности 5) Амниотомия, родовозбуждение окситоцином
ПК-5, ПК-6	168. ДО КАКОГО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРИМЕНЯЮТ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПЛОДА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ: 1) 28 недель беременности 2) 30 недель беременности 3) 32недель беременности 4) 34 недель беременности 5) 36 недель беременности
ПК-5, ПК-6	169. В РОДИЛЬНЫЙ ДОМ ДОСТАВИЛИ БЕРЕМЕННУЮ В СРОКЕ ГЕСТАЦИИ 31-32 НЕДЕЛИ. ПРИ ОСМОТРЕ: СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, БЕЗ СОЗНАНИЯ. АД 180/100 ММ.РТ.СТ., ГЕНЕРАЛИЗОВАН-

	НЫЕ ОТЕКИ, МАТКА НЕ ВОЗБУДИМА, ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА ПРОДОЛЬНОЕ, ГОЛОВНОЕ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА 140 УДАРОВ В МИНУТУ, ЯСНОЕ, РИТМИЧНОЕ. ВАШ ДИАГНОЗ? 1) Беременность 31-32 недель. Вирусный менингит 2) Беременность 31-32 недель. Преэклампсия тяжелой степени 3) Беременность 31-32 недель. Острое нарушение мозгового кровообращения 4) Беременность 31-32 недель. Эклампсия. Кома 5) Беременность 31-32 недель. Острая почечная недостаточность.
ПК-5, ПК-6	170. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПАРАМЕТРОВ НА ПАРТОГРАММЕ НЕ ФИКСИРУЕТСЯ: 1) Сердцебиение плода 2) Шевеление плода 3) Цвет околоплодных вод 4) Конфигурация головки плода 5) Продвижение головки плода
ПК-5, ПК-6	171. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПАРАМЕТРОВ ПАРТОГРАММЫ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ УГРОЖАЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПЛОДА: 1) Динамика открытия шейки матки 2) Характер схваток 3) Зеленые околоплодные воды 4) Конфигурация головки плода 5) Продвижение головки плода
ПК-5, ПК-6	172. НА ПАРТОГРАММЕ В ГРАФЕ КОНФИГУРАЦИЯ ГОЛОВКИ ОТМЕЧЕНО «+++». ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О: 1) Адекватной родовой деятельности 2) Начале второго периода родов 3) Неэффективности родовой деятельности 4) Несоответствии размеров таза матери и головки плода 5) Соответствии размеров таза матери и головки плода
ПК-5, ПК-6	173. КАКОЕ ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЧАЛЕ АКТИВНОЙ ФАЗЫ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ: 1) 1 см 2) 2 см 3) 3 см 4) 4 см 5) 5 см
ПК-5, ПК-6	174. ПРИ КАКОМ БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ГОЛОВКА ПЛОДА ПРОХОДИТ ПОЛОСТЬ МАЛОГО ТАЗА МАЛЫМ КОСЫМ РАЗМЕРОМ: 1) При переднем виде затылочного предлежания 2) При заднем виде затылочного предлежания 3) При переднеголовном предлежании 4) При лобном предлежании 5) При лицевом предлежании
ПК-5, ПК-6	175. ДЛЯ ПОПЕРЕЧНО-СУЖЕННОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНО: 1) Выпячивание крестцового мыса в полость таза 2) Сужение поперечных размеров таза 3) Неразвернутость крыльев подвздошных костей таза

	4) Утолщение и уплощение крестца 5) Увеличение размеров выхода таза
ПК-5, ПК-6	176. ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ЗАЖИМЫ НАКЛАДЫВАЮТ НА: 1) Анатомическую ножку опухоли 2) Хирургическую ножку опухоли 3) Мезосальпинкс 4) Собственную связку яичника 5) Воронкотазовую связку яичника
ПК-5, ПК-6	177. В АНАТОМИЧЕСКУЮ НОЖКУ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ВХОДЯТ: 1) Собственная связка яичника, брыжейка яичника, маточная труба 2) Собственная связка яичника, воронкотазовая связка, брыжейка яичника 3) Собственная связка яичника, воронкотазовая связка 4) Собственная связка яичника, воронкотазовая связка, брыжейка яичника, маточная труба 5) Воронкотазовая связка, брыжейка яичника, маточная труба
ПК-5, ПК-6	178. У ПОВТОРНОРОДЯЩЕЙ С ДОНОШЕННЫМ СРОКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ. ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА. РАННЕЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД. ТАКТИКА ВРАЧА: 1) Произвести наружный поворот на головку 2) Произвести наружно-внутренний поворот на ножку с последующей экстракцией плода 3) Произвести наружно-внутренний поворот на ножку с последующей экстракцией плода 4) Плановое кесарево сечение 5) Экстренное кесарево сечение
ПК-5, ПК-6	179. У ПОВТОРНОРОДЯЩЕЙ С ДОНОШЕННЫМ СРОКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ. КОСОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА. РАННЕЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД. ТАКТИКА ВРАЧА: 1) Роды вести консервативно, произвести наружный поворот на головку 2) Произвести наружновнутренний поворот на ножку с последующей экстракцией плода 3) Произвести наружно-внутренний поворот на ножку с последующей экстракцией плода 4) Плановое кесарево сечение 5) Экстренное кесарево сечение
ПК-5, ПК-6	180. У ПОВТОРНОРОДЯЩЕЙ С ДОНОШЕННЫМ СРОКОМ БЕРЕМЕННОСТИ, ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, ДВОЙНЯ. ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ОБОИХ ПЛОДОВ. ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ МАССА ПЛОДОВ: 2800-3000. ТАКТИКА ВРАЧА: 1) Роды вести консервативно, при слабости родовой деятельности - кесарево сечение 2) При полном открытии маточного зева произвести экстракцию плода за ножку 3) Наружный поворот плода 4) Плановое кесарево сечение

	5) Экстренное кесарево сечение
ПК-5, ПК-6	181. КАКОЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ ПОКАЗАН ЖЕНЩИНЕ В ПЕРВЫЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ РОДОВ ПРИ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА: 1) Внутриматочная контрацепция 2) Барьерные методы 3) Чисто прогестиновые контрацептивы 4) Комбинированные оральные контрацептивы 5) Лактационная аменорея
ПК-5, ПК-6	182. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ РАЗВИТИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Утолщение плаценты 2) Утолщение шейно-воротниковой зоны 3) Снижение билирубина в амниотической жидкости 4) Расширение вен пуповины 5) Маловодие
ПК-5, ПК-6	183. У БЕРЕМЕННОЙ, 40 ЛЕТ, ПРИ ПЕРВОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКРИНИНГЕ ВЫЯВЛЕНЫ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВПР ПЛОДА. КАКОВА ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА: 1) Повторить УЗИ через 2 недели 2) Амниоцентез 3) Биопсия ворсин хориона 4) Плацентоцентез 5) Кордоцентез
ПК-5, ПК-6	184. ПРАВАЯ ЯИЧНИКОВАЯ АРТЕРИЯ ИНОГДА БЕРЕТ НАЧАЛО ОТ: 1) Почечной артерии 2) Внутренней подвздошной артерии 3) Наружной подвздошной артерии 4) Общей подвздошной артерии 5) Брюшного отдела аорты
ПК-5, ПК-6	185. ЛЕВАЯ ЯИЧНИКОВАЯ АРТЕРИЯ БЕРЕТ НАЧАЛО ОТ: 1) Почечной артерии 2) Внутренней подвздошной артерии 3) Наружной подвздошной артерии 4) Общей подвздошной артерии 5) Брюшного отдела аорты
ПК-5, ПК-6	186. ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНА: 1) Диагностичекая гистероскопия, дренирование полости матки 2) Диагностическая лапароскопия, дренирование брюшной полости 3) Лапаротомия, ампутация матки, дренирование брюшной полости 4) Лапаротомия, экстирпация матки, дренирование брюшной полости 5) Лапаротомия, дренирование брюшной полости
ПК-5, ПК-6	187. ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО В ТЕЧЕНИЕ: 1) 6 часов, при неэффективности - гистерэктомия 2) 12 часов, при неэффективности - гистерэктомия 3) 18 часов, при неэффективности - гистерэктомия 4) 24 часов, при неэффективности – гистерэктомия 5) 48 часов, при неэффективности - гистерэктомия
ПК-5, ПК-6	188.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПОСЛЕРОДОВЫХ

	ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) Аэробы 2) Анаэробы 3) Ассоциация аэробов и анаэробов 4) Ассоциация вирусов и хламидий 5) Ассоциация простейших и дрожжей
ПК-5, ПК-6	189. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ЗРЕЛОСТИ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Обильная сыровидная смазка 2) Масса тела более 2500 грамм 3) Длина менее 47 см 4) Мягкие ушные и носовые хрящи 5) Узкие швы и роднички
ПК-5, ПК-6	190. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ: 1) 0-2 % 2) 3-10% 3) 11-18% 4) 19-26% 5) 27-35%
ПК-5, ПК-6	191. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ - ЭТО ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ПО ОКАЗАНИЮ: 1) Амбулаторной хирургическо-терапевтической помощи женщинам 2) Стационарной помощи беременным 3) Стационарной помощи гинекологическим больным 4) Амбулаторной помощи детям и подросткам 5) Амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женщинам
ПК-5, ПК-6	192. КАКИЕ СВЯЗКИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ОБЕСПЕЧИВАЮТ НАКЛОНЕНИЕ МАТКИ КПЕРЕДИ: 1) Кардинальные 2) Собственные связки яичника 3) Воронко-тазовые 4) Крестцово-маточные 5) Круглые
ПК-5, ПК-6	193. КАКИЕ СВЯЗКИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ОБЕСПЕЧИВАЮТ НАКЛОНЕНИЕ МАТКИ КЗАДИ: 1) Кардинальные 2) Собственные связки яичника 3) Воронко-тазовые 4) Крестцово-маточные 5) Круглые
ПК-5, ПК-6	194. КАКИЕ СВЯЗКИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА СПОСОБСТВУЮТ УДЕРЖАНИЮ МАТКИ В СРЕДИННОМ ПОЛОЖЕНИИ: 1) Кардинальные, круглые 2) Собственные связки яичников, круглые 3) Воронко-тазовые, собственные связки яичников 4) Крестцово-маточные, круглые 5) Круглые, воронко-тазовые
ПК-5, ПК-6	195. ВЛАГАЛИЩЕ ВЫСТЛАНО ЭПИТЕЛИЕМ: 1) Однослойным плоским 2) Многослойным плоским

	3) Цилиндрическим, кубическим 4) Цилиндрическим, реснитчатым 5) Атипическим сложным
ПК-5, ПК-6	196. ВЛАГАЛИЩНАЯ ЧАСТЬ ШЕЙКИ МАТКИ В НОРМЕ ВЫСТЛАНА ЭПИТЕЛИЕМ: 1) Однослойным плоским 2) Атипическим сложным 3) Цилиндрическим, кубическим 4) Цилиндрическим, реснитчатым 5) Многослойным плоским
ПК-5, ПК-6	197. ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ В НОРМЕ ВЫСТЛАН ЭПИТЕЛИЕМ: 1) Однослойным плоским 2) Атипическим 3) Цилиндрическим 4) Атипическим простым 5) Многослойным плоским
ПК-5, ПК-6	198. КАКИМ ЭПИТЕЛИЕМ В НОРМЕ ПОКРЫТА ВНУТРЕННЯЯ ПОВЕРХНОСТЬ МАТКИ: 1) Атипическим простым 2) Однослойным плоским 3) Многослойным плоским 4) Цилиндрическим 5) Атипическим сложным
ПК-5, ПК-6	199. У ПАЦИЕНТКИ Н., 19 ЛЕТ, ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ОБНАРУЖЕНА КИСТА ПРАВОГО ЯИЧНИКА РАЗМЕРОМ 5,0×5,5×6,0 СМ. 1) Ваша тактика: 2) Цистэктомия 3) Овариолизис 4) Аспирация содержимого кисты яичника 5) Резекция яичника 6) Удаление придатков матки справа
ПК-5, ПК-6	200. КАКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ОТНОСИТСЯ К ВНУТРЕННЕМУ: 1) Брюшины, ампулярных и истмических отделов маточных труб 2) Кишечника, мочеточников 3) Матки и интерстициальных отделов маточных труб 4) Шейки матки, ретроцервикальный эндометриоз 5) Шейки матки, матки, яичников

Эталоны ответов

«Помощник врача стационара (акушера-гинеколога) (стационарная, выездная)»

1.	2	51.	5	101.	1	151	4
2.	5	52.	4	102.	2	152	2
3.	2	53.	2	103.	2	153	3
4.	5	54.	1	104.	4	154	2
5.	4	55.	1	105.	3	155	2
6.	2	56.	3	106.	1	156	3
7.	5	57.	4	107	2	157	4

8.	4	58.	4	108	3	158	1
9.	3	59.	5	109	2	159	5
10.	5	60.	4	110	4	160	4
11.	4	61.	4	111	2	161	3
12.	5	62.	3	112	1	162	1
13.	5	63.	1	113	4	163	1
14.	3	64.	4	114	3	164	4
15.	4	65.	2	115	2	165	1
16.	4	66.	4	116	3	166	3
17.	3	67.	3	117	4	167	2
18.	2	68.	4	118	2	168	4
19.	2	69.	3	119	4	169	4
20.	2	70.	3	120	2	170	2
21.	3	71.	2	121	5	171	3
22.	4	72.	3	122	1	172	4
23.	3	73.	2	123	3	173	3
24.	4	74.	4	124	1	174	1
25.	3	75.	5	125	4	175	2
26.	2	76.	3	126	1	176	2
27.	3	77.	2	127	2	177	2
28.	2	78.	5	128	3	178	5
29.	5	79.	3	129	5	179	5
30.	2	80.	3	130	1	180	4
31.	2	81.	4	131	1	181	5
32.	1	82.	2	132	2	182	1
33.	4	83.	2	133	4	183	3
34.	1	84.	1	134	1	184	1
35.	4	85.	5	135	4	185	5
36.	3	86.	5	136	1	186	4
37.	4	87.	5	137	4	187	4
38.	3	88.	4	138	3	188	3
39.	2	89.	4	139	2	189	2
40.	5	90.	1	140	3	190	2
41.	4	91.	3	141	2	191	5
42.	5	92.	2	142	1	192	5
43.	1	93.	5	143	4	193	4
44.	1	94.	3	144	1	194	3
45.	1	95.	2	145	3	195	2
46.	4	96.	1	146	2	196	5
47.	2	97.	4	147	2	197	3
48.	2	98.	2	148	5	198	4
49.	3	99.	4	149	1	199	1
50.	2	100.	4	150	4	200	3

Код компетенций	Программные вопросы к зачету по итогам клинической практики «Помощник врача стационара (акушера-гинеколога) (стационарная, выездная)»
ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11	1. Предмет и задачи акушерства и гинекологии. Истрия развития акушерства и гинекологии.
ПК-8	2. Нормативно – правовая база системы охраны материнства и детства. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения) по специальности «акушерство и гинекология».
ПК-8	3. Основы законодательства РФ по охране здоровья матери и ребёнка. Приказ Минздрава России N 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-10, ПК-11	4. Анатомо-физиологические особенности женского организма в возрастном аспекте.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-11	5. Топографическая анатомия наружных женских половых органов.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	6. Топографическая анатомия внутренних женских половых органов.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	7. Регуляция репродуктивной системы. Экстрагипоталамический, гипоталамический, гипофизарный уровни регуляции репродуктивной системы.
ПК-5, ПК-6, ПК-10.	8. Регуляция репродуктивной системы. Синтез и биологическая роль гонадотропинов (ФСГ и ЛГ).
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-11	9. Регуляция репродуктивной системы. Периферический уровень. Фолликулогенез. Стероидогенез в яичнике.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	10. Регуляция репродуктивной системы. Органы и ткани – мишени стероидов. Маточный цикл.
ПК-5, ПК-6, ПК-10.	11. Регуляция репродуктивной системы. Физиологические показатели менструального цикла.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	12. Методы обследования в гинекологии: УЗИ, ГСГ, МРТ, КТ. Значение для диагностики. Показания. Противопоказания.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	13. Эндоскопические методы исследования в гинекологии (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия). Их значение в диагностике. Показания, противопоказания.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	14. Методы исследования состояния эндометрия и функции яичников.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	15. Методы исследования состояния молочных желёз.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	16. Общая симптоматика гинекологических заболеваний. Особенности сбора анамнеза.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	17. Охрана репродуктивного здоровья. Репродуктивное планирование
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	18. Прегравидарная подготовка. Термины и определение. Прегравидарное обследование и подготовка условно здоровых пар.

ПК-5, ПК-6, ПК-10	19. Оплодотворение, зачатие и развитие плодного яйца.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	20. Плацента, околоплодные воды, пуповина – физиология и функции. Критические периоды беременности.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	21. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности. Влияние вредных факторов на плод.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	22. Диспансеризация и консультирование беременных и родильниц.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	23. Диагностика беременности. Определение срока беременности и даты родов.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	24. Диспансеризация и консультирование беременных и родильниц.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	25. Диагностика беременности. Определение срока беременности и даты родов.
ПК-5, ПК-6, ПК-10	26. Методы обследования беременных. Наружное и внутреннее акушерское обследование.
ПК-5, ПК-6, ПК-10.	27. Пренатальная диагностика. Биохимический скрининг при беременности.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	28. Пренатальная диагностика. Ультразвуковое исследование. Допплерография, кардиотокография.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	29. Строение женского таза с акушерской точки зрения. Тазоизмерение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	30. Плод как объект родов. Размеры плода.
ПК-5, ПК-6, ПК-10.	31. Критерии живорождения. Признаки доношенного, недоношенного и переношенного плода.
ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11	32. Условия, показания и противопоказания к прерыванию беременности в различные сроки беременности.
ПК-5, ПК-6, ПК-10	33. Биомеханизм родов в переднем и заднем виде затылочногопредлежания.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	34. Роды. Периоды и продолжительность родового акта.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	35.Клиника и ведение первого периода родов. Партограмма

Код компетенций	Ситуационные задачи
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 1** Больная Е., 17 лет направлена на консультацию в Перинатальный центр с жалобами на отсутствие менструаций. **Из анамнеза.** Во время беременности мать пациентки перенесла пневмонию с повышением температуры до 39^0С. Пациентка половой жизнью не жила. Менструаций не было. **Объективный статус:** состояние больной удовлетворительное. Рост – 148 см, телосложение диспластичное, половое оволосение скудное. Молочные железы гипопластичны. Кожные покровы чистые, розовые. PS=80 ударов в мин., ритмичный. АД=110/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сто-

	рон. Физиологические отправления не нарушены. **Вагинальный статус:** Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, скудное, девственная плева цела. Perrectum: матка и придатки не определяются. **Лабораторно – инструментальные исследования.** Гемограмма: эритроциты $4,4x10^{12}$/л, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $7,0x10^{9}$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 68% (юные – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 64%), эозинофилы – 2%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, СОЭ 8 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1010, белок - отрицательно, глюкоза - отрицательно, эпителий плоский – единичный в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты - отрицательно, цилиндры - отрицательно, слизь - отрицательно. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, мочевина 4,7 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, АлТ 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,180 (норма - до 0,200). На УЗИ выявлена гипоплазия матка третьей степени, гонады в виде соединительнотканных тяжей 1,5х0,6 см. **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Определите спектр дополнительных методов исследования, необходимых для подтверждения диагноза и определения тактики ведения. 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания. 4. Представьте принципы и методы лечения.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	Ситуационная задача № 2 Больная Е., 17 лет обратилась к гинекологу с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. **Из анамнеза.** Росла и развивалась соответственно возрасту. Менструации с 12 лет, по 3 – 5 дней через 24 – 26 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация закончилась неделю назад. **Объективный статус:** состояние больной удовлетворительное. Рост – 158 см, телосложение нормостеническое, вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту. Кожные покровы чистые, розовые. Температура тела – $36,7^{0}$C, PS=80 ударов в мин., ритмичный. АД=110/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. **Вагинальный статус:** Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Девственная плева кольцевидной формы. Perrectum: тело маки нормальной величины, в anteversio, flexio. В области правых придатков пальпируется образование овоидной формы, размерами 5см на 6см, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное. **Лабораторно – инструментальные исследования.** Гемограмма: эритроциты $4,4x10^{12}$/л, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $7,0x10^{9}$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 68% (юные – 1%, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 62%), эозинофилы – 2%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, СОЭ 8 мм/час. Общий анализ мочи: Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удель-

	ный вес 1010, белок - отрицательно, глюкоза - отрицательно, эпителий плоский – единичный в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты - отрицательно, цилиндры - отрицательно, слизь - отрицательно. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, мочевина 4,7 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, АлТ 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,180 (норма - до 0,200). УЗИ исследование: в области правого яичника лоцируетсягипоэхогенное образование 45х62 мм, с солитарнымиэхогенными включениями, с четкими контурами. В режиме ЦДК васкуляризация отсутствует. **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Определите спектр дополнительных методов исследования, необходимых для подтверждения диагноза и определения тактики ведения. 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания. 4. Представьте принципы и методы лечения.
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**Ситуационная задача № 3** Больная А., 17 лет обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота, фебрильную температуру, бели и рези при мочеиспускании. **Из анамнеза.** Росла и развивалась соответственно возрасту. Начало менструаций – с 11 лет, менструации по 3 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, не замужем, использует с целью контрацепции препарат «Эскапел». Заболела остро, на 7-й день после полового акта. **Объективный статус:** состояние больной средней тяжести. Рост - 162см, телосложение нормостеническое, вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту. Кожные покровы чистые. Температура тела – 38,1^{0}С, PS=94 ударов в мин., ритмичный. АД=130/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. **Вагинальный статус:** Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. При наружном осмотре уретра инфильтрирована. Шейка матки в зеркалах гиперемирована, отечна, из цервикального канала - слизисто-гнойные выделения в виде ленты; матка несколько увеличена, плотноватой консистенции, подвижная, болезненная, придатки матки с обеих сторон утолщены, болезненны. **Лабораторно – инструментальные исследования.** Гемограмма: эритроциты 4,2х10^{12}/л, гемоглобин 139 г/л, лейкоциты 14,0х10^9/л, лейкоформула: юные – 1%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 57%), эозинофилы – 2%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, СОЭ 18 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1015, белок – 0,066$^0\backslash_{00}$, глюкоза – отр., эпителий плоский – в большом количестве, лейкоциты - сплошь в п/з, эритроциты – отр. **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Определите спектр дополнительных методов исследования, необходимых для подтверждения диагноза и определения тактики ведения. 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания. Представьте принципы и методы лечения. Предложите профилактиче-

	ские мероприятия с учётом международных рекомендаций по сохранению репродуктивного здоровья молодёжи.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**Ситуационная задача № 4** Больная 18 лет обратилась к гинекологу с жалобами на длительные кровянистые выделения из половых путей, слабость. **Из анамнеза.** Росла и развивалась соответственно возрасту. В школе девочка по несколько раз в год находилась на больничном листе по поводу ОРЗ. Половой жизнью не жила. Менструации с 15 лет, с самого начала нерегулярные, последняя менструация отмечалась 1,5 месяца назад. **Объективный статус:** состояние больной удовлетворительное. Рост - 149см, вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту. Кожные покровы чистые, бледные. Температура тела – $36,7^0$ С, PS=88 ударов в мин., ритмичный. АД=100/60 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. **Вагинальный статус:** Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. При бимануальном исследовании шейка матки конической формы, из цервикального канала кровянистые выделения, матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки матки не определяются. Тест на беременность отрицательный. **Лабораторно – инструментальные исследования.** Гемограмма: эритроциты $3,0x10^{12}$/л, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $7,0x10^9$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 70% (юные – 0%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 67%), эозинофилы – 2%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, СОЭ 8 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1010, белок - отрицательно, глюкоза - отрицательно, эпителий плоский – единичный в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты - отрицательно, цилиндры - отрицательно, слизь - отрицательно. **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Определите спектр дополнительных методов исследования, необходимых для подтверждения диагноза и определения тактики ведения. 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания. 4. Представьте принципы и этапность лечения. Назовите наиболее часто используемые схемы терапии.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 5** Больная Л., 17 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, неловкость и затруднение при ходьбе, повышение температуры тела. **Из анамнеза.** Росла и развивалась соответственно возрасту. Начало менструаций – с 12 лет, менструации по 4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, не замужем, использует с целью контрацепции метод прерванного полового акта или барьерный метод. Из вредных привычек отмечает табакокурение. Беременностей – 0. Заболела остро, 1 день назад. **Объективный статус:** состояние больной удовлетворительное. Рост - 156см, вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту. Кожные покровы чистые, бледные. Температура тела – $37,5^0$ С, PS=88 ударов в мин., ритмичный. АД=110/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное.

	Тоны сердца ритмичные, ясные. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. **Вагинальный статус:** При осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование 3см на 6см, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, в центре отмечается флюктуация. Шейка матки в зеркалах конической формы, из канала - слизистые выделения. При бимануальном исследовании тело матки в правильном положении, не увеличено, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон без изменений. **Лабораторно – инструментальные исследования.** Гемограмма: эритроциты $4,2x10^{12}$/л, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $13,0x10^{9}$/л, лейкоформула: юные – 0%, палочкоядерные – 9%, сегментоядерные – 60%), эозинофилы – 2%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, СОЭ 18 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1010, белок - отрицательно, глюкоза - отрицательно, эпителий плоский – единичный в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты - отрицательно, цилиндры - отрицательно, слизь - отрицательно. **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Определите спектр дополнительных методов исследования, необходимых для подтверждения диагноза и определения тактики ведения. 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания. 4. Представьте принципы лечения. Опишите метод оперативного лечения.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 6** Больная Л., 13 лет, обращается к участковому детскому хирургу с жалобами на периодические схваткообразные боли внизу живота в течение 8 месяцев. **Из анамнеза.** Росла и развивалась соответственно возрасту. Менструаций не было. **Объективный статус:** состояние больной удовлетворительное. Рост - 161см, телосложение нормостеническое, вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту. Кожные покровы чистые, розовые. Температура тела – $36,7^{0}$C, PS=80 ударов в мин., ритмичный. АД=110/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. **Вагинальный статус:** При осмотре промежности отчетливо выступает куполообразное выпячивание, обрамленное большими и малыми половыми губами. При ректальном исследовании определяется плотноэластическое безболезненное опухолевидное образование, над которым находится тело не увеличенной матки. Придатки с обеих сторон без особенностей. **Лабораторно – инструментальные исследования.** Гемограмма: эритроциты $4,4x10^{12}$/л, гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $7,0x10^{9}$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 55% (юные – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 51%), эозинофилы – 3%, лимфоциты – 23%, моноциты – 4%, СОЭ 8 мм/час.

	Общий анализ мочи: Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1010, белок - отрицательно, глюкоза - отрицательно, эпителий плоский – единичный в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты - отрицательно, цилиндры - отрицательно, слизь - отрицательно. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, мочевина 4,8 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, АлТ 27 Ед/л (норма - до 40), АсТ 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,170 (норма - до 0,200). **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Определите спектр дополнительных методов исследования, необходимых для подтверждения диагноза и определения тактики ведения. 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания. 4. Представьте принципы лечения. Опишите метод оперативного лечения.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**Ситуационная задача № 7** Больная А., 17 лет, поступила в гинекологическое отделение в экстренном порядке с жалобами на периодические боли внизу живота с иррадиацией в задний проход, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 2 дней. **Из анамнеза.** Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. Считала себя беременной. Менструации с 12 лет, по 5 дней, через 28 дней, регулярные, умеренно болезненные, умеренные. Половая жизнь с 16 лет, в браке не состоит. **Объективный статус:** состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. PS=92 уд.в мин. АД=110/60 мм.рт.ст., Т=36,6. Язык влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, чувствительный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Пастернацкогоотрицательный с обеих сторон. Стул, диурез не нарушены. **Вагинальный статус:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: влагалище нерожавшей, шейка матки цилиндрической формы, слизистая цианотичная, наружный зев закрыт, выделения мажущие, коричневого цвета. Pervaginum: влагалище нерожавшей, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тракции за шейку матки чувствительные, задний свод чувствительный. Матка увеличена соответственно 5 неделям беременности, мягковатая, чувствительная. Слева придатки тяжистые, безболезненные. Справа придатки утолщены, болезненные. Выделения кровянистые, мажущие. **Лабораторно – инструментальные исследования.** Гемограмма: эритроциты $3,4x10^{12}$/л, гемоглобин 90 г/л, лейкоциты $7,0x10^{9}$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 72% (юные – 0%, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 66%), эозинофилы – 4%, лимфоциты – 27%, моноциты – 4%, СОЭ 9 мм/час. Общий анализ мочи: Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1010, белок - отрицательно, глюкоза - отрицательно, эпителий плоский – единичный в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты - отрицательно, цилиндры - отрицательно, слизь - отрицательно. Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, мочевина 4,7 ммоль/л, холестерин 3,5 ммоль/л, АлТ 27 Ед/л (норма - до 40), АсТ 21 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,180 (норма - до 0,200).

	Проведено УЗИ – в полости матки и в области придатков плодного яйца не обнаружено, тело матки увеличено, соответствует 5 недельной беременности. **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Составьте план дополнительных методов исследования в стационаре и принципы лечения данного заболевания. 4. Определите прогноз. 5. Представьте план реабилитационных мероприятий.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 8** Пациентка К., 18 лет, обратилась по поводу обильных белей из половых путей. **Из анамнеза.** Обильные бели беспокоят периодически. К гинекологу не обращалась, по совету подруги использовала тержинан с влагалищным введением, №6. При осмотре «в зеркалах» на приеме врачом обнаружена «эрозия» шейки матки. Расширенная кольпоскопия не проводилась. Из перенесённых соматических заболеваний – хронический бронхит, с обострением 1 раз в год. Наследственность не отягощена. Курит более 10 сигарет в день. Менструальный цикл без особенностей, половая жизнь с 15 лет, в анамнезе 1 аборт, без осложнений. Не замужем. Контрацепция – прерванный половой акт. Лечения по поводу патологии шейки матки не проводилось. **Гинекологический осмотр:** Наружные половые органы, влагалище без особенностей. Матка не увеличена, область придатков без особенностей. **Лабораторно – инструментальные исследования.** Бактериоскопия – единичные лейкоциты, обильная смешанная флора, «ключевые клетки». ПЦР – уреаплазма позитивная. ВПЧ Digene – тест позитивный. Цитологический мазок - H-SIL. **Вопросы:** 1. Сформулируйте диагноз клинический. 2. Обоснуйте и составьте план лечебной коррекции. 3. Дайте рекомендации по дальнейшему скринингу и контрацепции. 4. Какие факторы риска по раку шейки матки у данной пациентки.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**Ситуационная задача № 9** Девочка 13 лет поступила в гинекологический стационар с кровотечением из половых путей, начавшимся 2 недели назад. Жалобы на головокружение, слабость, чувство тревоги, страха, нарушение сна. **Из анамнеза.**Менархе с 12 лет, менструации не установились, обильные, с задержками на 20 - 60 дней. **Объективный статус:** состояние удовлетворительное. Кожные покровы, слизистые бледные. АД 95/60 мм рт. ст., пульс 92 в мин. Тоны сердца слегка приглушены. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Половое развитие: Ma2, P2, Ax2, Me2. **Вагинальный статус:** половая щель сомкнута, девственная плева не повреждена с полулунным отверстием, обильные кровянистые выделения из половых путей. При ректоабдоминальном исследовании: маленькая, подвижная матка, болезненная при пальпации. Придатки не определяются, область их безболезненна.

	Лабораторно – инструментальные исследования. Гемограмма: эритроциты 3,0x10^{12}/л, гемоглобин 101 г/л, лейкоциты 7,0x10^{9}/л, лейкоформула: нейтрофилы – 68% (юные – 0%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 64%), эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 5%, СОЭ 8 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1010, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий плоский – отр., лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отр. Биохимический анализ крови: общий белок 62 г/л, мочевина 4,7 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, АлТ 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,160 (норма - до 0,200). Гормональное исследование: ЛГ 25 МЕ/л, ФСГ 11МЕ/л, кортизол 650 нмоль/л, эстрадиол 215 пмоль/л. УЗИ: матка меньше возрастной нормы, структура яичников мультифолликулярная. **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Составьте план дополнительных методов исследования в стационаре и принципы лечения данного заболевания. 4. Определите прогноз. 5. Представьте план реабилитационных мероприятий.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**Ситуационная задача № 10** Больная 18 лет доставлена в гинекологический стационар бригадой скорой помощи с жалобами на острые боли внизу живота в течение 18 часов, возникшие после физической нагрузки, рвоту, учащенное мочеиспускание. **Из анамнеза:** менструации с 14 лет, регулярные. Последние месячные - 7 дней назад, Половая жизнь с 17 лет. Беременностей – 0. **Объективно:** состояние средней тяжести. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 90 уд/мин Температура тела 37°С. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга справа в нижних отделах живота. **Данные влагалищного исследования:** шейка матки чистая. Наружный зев закрыт, выделения слизистые. Тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное. Справа и кзади от матки пальпируется образование размером 10x12 см., тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении. Слева придатки не определяются. Своды свободные. **Лабораторно – инструментальные исследования.** Гемограмма: эритроциты 4,4x10^{12}/л, гемоглобин 144 г/л, лейкоциты 11,0x10^{9}/л, лейкоформула: юные – 0%, палочкоядерные – 9%, сегментоядерные – 57%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ 18 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1010, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий плоский – отр., лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отр. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, мочевина 3,9 ммоль/л, холестерин 3,1 ммоль/л, АлТ 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ 20 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,180 (норма - до 0,200). Гормональное исследование: ЛГ 28 МЕ/л, ФСГ 15МЕ/л, кортизол 660

	нмоль/л, эстрадиол 200 пмоль/л. УЗИ: образование правого яичника. **Вопросы:** 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза. 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Представьте принципы лечения данного заболевания и определите прогноз.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 11** К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка А., 18 лет, с жалобами на периодические боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей до и после менструаций. **Из анамнеза:**менархе в 13 лет, менструации регулярные, через 28-30 дней, по 5 дней, умеренные, болезненные (принимает анальгетики). Половая жизнь с 17 лет. Страдает хроническим аднекситом с редкими обострениями. Женщина не браке, живет нерегулярной половой жизнью, в течение последнего года использовала барьерную контрацепцию. Соматические заболевания: год назад во время отдыха в другом регионе перенесла диагностическую лапароскопию (подозрение на острый аппендицит, со слов – на аппендиксе обнаружена «какая-то гетеротопия», аппендикс не удалён, выписки из стационара на руках нет). **Объективно:** пациентка правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы обычной окраски, чистые. Пульс 72 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны органов грудной клетки без патологии. Живот мягкий, безболезненный. **Гинекологический статус:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище не рожавшей, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров и консистенции, безболезненное. Слева от матки в области придатков пальпируется опухолевидное образование до 10 см в диаметре, туго эластической консистенции, ограниченно подвижное, умеренно болезненное. Справа придатки не определяются. Левый свод укорочен. Выделения слизистые. **Лабораторно – инструментальные исследования.** Гемограмма: эритроциты $4,2x10^{12}$/л, гемоглобин 122 г/л, лейкоциты $7,2x10^{9}$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 71% (юные – 1%, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 65%), эозинофилы – 3%, лимфоциты – 30%, моноциты – 7%, СОЭ 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1010, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий плоский – отр., лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отр. УЗИ: Тело матки – без особенностей. В области левых придатков визуализируется кистозное образование 82х95мм, расположенное сзади и сбоку от матки, повышенной эхогенности с несмещаемой мелкодисперсной взвесью. **Вопросы:** 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

	3. Составьте план обследования больной. 4. Представьте принципы лечения данного заболевания и определите прогноз.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 12** В гинекологическую клинику доставлена больная К., 17 лет, с жалобами на резкие боли внизу живота, больше справа, с иррадиацией в прямую кишку, слабость, тошноту, головокружение. Заболела остро, ночью, после полового акта. Последняя менструация 2 недели назад, в срок. **Из анамнеза:** месячные с 14 лет, регулярные, через 30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет, беременностей не имела. В настоящее время использует барьерную контрацепцию. **Объективно:** состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, пульс 90 уд/мин., ритмичный, АД 100/60 мм рт. ст. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Живот обычной формы, симметричный, не вздут, напряжен и резко болезненный в нижних отделах, где определяются положительные симптомы раздражения брюшины. При **гинекологическом осмотре**: наружные половые органы развиты правильно. В зеркалах: слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии. Выделения слизистые. При влагалищном осмотре: влагалище нерожавшей, шейка конической формы, наружный зев закрыт. Движения за шейку матки резко болезненны. Тело матки в anteversio, нормальных размеров и консистенции, чувствительное. Слева придатки не определяются. Справа и кзади от матки, в области придатков определяется резко болезненное опухолевидное образование, мягкоэластической консистенции, размерами до 6 см в диаметре. Задний свод умеренно нависает, болезненный. Выделения слизистые. **Лабораторно – инструментальные исследования**: Гемограмма: гемоглобин 80 г/л, эритроциты $2,9x10^{12}$/л, лейкоциты $7,0x10^{9}$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 64% (юные – 0%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 61%), эозинофилы – 4%, лимфоциты – 27%, моноциты – 7%, СОЭ 6мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1012, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий плоский – отр., лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отр. Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, мочевина 4,5 ммоль/л, холестерин 3,6 ммоль/л, АлТ 33 Ед/л (норма - до 40), АсТ 28 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,150 (норма - до 0,200). При УЗИ определяется значительное количество свободной мелко- и среднедисперсной жидкости в брюшной полости со структурами неправильной формы, повышенной эхогенности. При выполнении диагностической лапароскопии – обнаружена стигма овуляции диаметром до 0,3 см на правом яичнике. **Вопросы:** 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику. 3. Составьте план обследования больной. 4. Представьте принципы лечения данного заболевания и определите прогноз.

ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 13** Пациентка 18 лет обратилась в приёмный покой гинекологического отделения по поводу тянущих боли внизу живота на протяжении дня. **Анамнез:** Менструации с 14 лет, установились сразу через 28 дней по 4-5 лет, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя менструация - 2 месяца назад. Половая жизнь с 17 лет, в браке. Контрацепцию не использует. Гинекологические заболевания отрицает. **Объективно:** состояние удовлетворительное, АД 110/70 - 100/60 мм рт. ст. Пульс 72 уд/мин. Рост 164 см. Вес 60 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. **Влагалищное исследование:** влагалище не рожавшей, шейка матки конической формы, длиной до 2,5 см, неравномерно размягчена, наружный зев приоткрыт. Матка увеличена соответственно 8 неделям беременности, при пальпации безболезненная, возбудимая. Придатки не определяются. Выделения слизистые. **Лабораторно – инструментальные исследования** Гемограмма: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $5,0x10^{12}$/л, лейкоциты $7,0x10^{9}$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 59% (юные – 0%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 55%), эозинофилы – 6%, лимфоциты – 28%, моноциты – 4%, СОЭ 5 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1011, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий плоский – отр., лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отр. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, мочевина 3,7 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, АлТ 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ 24 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,170 (норма - до 0,200). Данные УЗИ: в полости матки определяется 1 эмбрион, соответствующий сроку беременности 8 недель, шейка матки длиной 2,5 см, диаметр цервикального канала 5 мм. Отмечается гипертонус задней стенки матки. **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. По каким осложнениям в дальнейшем угрожаема данная пациентка. 3. Представьте принципы лечения данного заболевания и определите прогноз. В чём отличия тактики ведения пациенток с данной нозологией в России по сравнению с Западной Европой.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 14** Беременная 19 лет в экстренном порядке доставлена в акушерский стационар «Скорой помощью» в крайне тяжёлом состоянии с жалобами на резкие боли в животе. **Анамнез.** Замужем с 18 лет, беременность первая. **Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 16 недель беременности. Наблюдалась не регулярно, последняя явка 4 недели назад. В течение последних десяти дней отмечает нарастающие отеки. Сегодня утром почувствовала боли в животе, постепенно они усилились, затем появились кровянистые выделения из

	половых путей. Беременная вызвала «Скорую помощь». **Общее и акушерское обследование.** Состояние крайне тяжёлое. Резкая бледность кожных покровов и слизистых оболочек; лицо отёчно, покрыто потом, губы бледные, с синюшным оттенком; одышка, пульс 108 уд.в мин. Артериальное давление 90/40 мм.рт.ст. Живот вздут, матка увеличена до 36 недель, резко напряжена, определить положение плода не удается из-за резкого напряжения и болезненности матки при пальпации. Сердцебиение плода не выслушивается. Отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. **Влагалищное исследование.** Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки длинная, наружный зев пропускает кончик пальца, незначительные кровянистые выделения. **Лабораторно – инструментальные исследования** Гемограмма: гемоглобин 78 г/л, эритроциты $2,2x10^{12}$/л, лейкоциты $8,0x10^{9}$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 55% (юные – 0%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 51%), эозинофилы – 4%, лимфоциты – 27%, моноциты – 7%,тромбоциты – $110x10^{9}$/л, СОЭ 12 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1015, белок – 0,3 г/л, глюкоза – отр., эпителий плоский – отр., лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отр. Биохимический анализ крови: общий белок 55 г/л, мочевина 6,7 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, АлТ 42 Ед/л (норма - до 40), АсТ 70 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,180 (норма - до 0,200). **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Назовите стандарт оказания неотложной акушерской помощи в данной ситуации. 4. Перечислите возможные осложнения и прогноз.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 15** Пациентка 19 лет, беременная, в экстренном порядке доставлена в акушерское отделение городской многопрофильной больницы «Скорой помощью» с жалобами на боли в животе, позже появились тошнота, двукратная рвота. **Анамнез.** Замужем с 18 лет, беременность первая. Перенесённые заболевания: гастрит, острый цистит. **Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недель. Наблюдалась регулярно, при сроке беременности 16 недель находилась на стационарном лечении по поводу угрозы прерывания беременности. **Общее и акушерское обследование.** Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст., пульс 98 уд./мин, температура $37,6^{0}$С. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, определяется защитное напряжение мышц и болезненность при пальпации живота преимущественно в правой подвздошной области. ОЖ 82 см. ВДМ 22 см. Матка увеличена до 24 недель, с чёткими контурами, мягкая. При пальпации живота в положении беременной на левом боку определяется болезненность в правой подвздошной области, при покашливании боли усиливаются. Диурез не нарушен, беременная отмечает задержку стула в течение двух дней.

	Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки длинная, отклонена кзади, наружный зев пропускает кончик пальца, выделения слизистые. **Лабораторно – инструментальные исследования**. Гемограмма: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,2x10^{12}$/л, лейкоциты $18,0x10^{9}$/л, лейкоформула: юные – 0%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 58%), эозинофилы – 2%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, тромбоциты – $180x10^{9}$/л,, СОЭ 18 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1015, белок – 0 г/л, глюкоза – отр., эпителий плоский – отр., лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отр. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, мочевина 3,7 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, АлТ 22 Ед/л (норма - до 40), АсТ 20 Ед/л (норма - до 40). **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику с экстрагенитальной патологией и осложнениями беременности. 3. Назовите алгоритм оказания медицинской помощи, отделение, в котором должна проходить лечение данная пациентка. 4. Перечислите возможные осложнения.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 16** Родильница 17 лет, На 5 сутки после самовольного ухода из акушерского стационара предъявляет жалобы на слабость, головные боли, общее недомогание, повышение температуры до $38,4^{0}$С, боли в горле, озноб. Сожителем вызвана «Скорая помощь». **Анамнез.** 7 суток назад произошли срочные роды, осложнившиеся дородовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовой деятельности, длительным безводным периодом. В послеродовом периоде в течение 2 дней проводилась антибактериальная терапия ампициллином. Экстрагенитальные заболевания: хр.тонзиллит, бронхит. Доставлена в многопрофильный стационар. Консультирована хирургом, мастит исключён. Осмотрена терапевтом, диагноз: лакунарная ангина. Назначены эритромицин, аспирин, гексорал спрей и полоскания горла. В течение двух следующих суток состояние ухудшилось, температура сохраняется, озноб. Соседки по палате отмечают психические изменения в поведении, женщина мало контактна, замкнута, безразлична к ребёнку, отказывается кормить грудью. Больная осмотрена участковым психиатром и госпитализирована в психиатрическую больницу. В связи с сохраняющейся температурой и неэффективностью лечения консультирована гинекологом. **Общее обследование.** Состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, слизистые синюшные, на лице петехиальная сыпь в форме «бабочки», температура $38,9-39,2^{0}$С, тахипное до 24 в мин., артериальное давление 100/70 мм.рт.ст., тахикардия до 100-112 уд.в мин. Язык сухой, обложен. Живот слегка вздут, болезнный при пальпации в нижних отделах. Диурез снижен. **Влагалищное исследование.** Шейка матки короткая, цервикальный канал свободно пропускает палец за внутренний зев, матка увеличена соответственно 12-14 нед., мягкая, болезненная при пальпации, лохии гнойные с запахом.

	Лабораторно – инструментальные исследования. Гемограмма: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,2x10^{12}$/л, лейкоциты $28,0x10^{9}$/л, лейкоформула: юные – 2%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 56%), эозинофилы – 2%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%,, тромбоциты – $180x10^{9}$/л,, СОЭ 18 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1015, белок – 0 г/л, глюкоза – отр., эпителий плоский – отр., лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отр.. Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, мочевина 3,9 ммоль/л, холестерин 4,0 ммоль/л, АлТ 22 Ед/л (норма - до 40), АсТ 28 Ед/л (норма - до 40). **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Перечислите дополнительные методы клинико-инструментальной диагностики в данной ситуации. 3. Составьте план лечебная больной в сложившейся клинической ситуации.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 17** В родильный дом 21.10.2014 года поступила первородящая 22 лет с регулярной родовой деятельностью. **Из анамнеза:** росла и развивалась соответственно возрасту. Соматический анамнез отягощён варикозной болезнью вен нижних конечностей. Менструации с 13 лет, регулярные, по 3-4 через 28 дней. Дата последней менструации – 14.01.2014. Со слов пациентки, после начала половой жизни перенесла урогенитальную инфекцию. Несколько раз лечилась в гинекологических отделениях по поводу обострений хронических аднекситов. Настоящая беременность 1-ая, протекала с явлениями угрозы прерывания в I триместре. Во II триместре диагностирована фетоплацентарная недостаточность, по поводу которой лечилась в стационаре, получая метаболическую терапию и физиотерапевтические процедуры. При обследовании на урогенитальную инфекцию выявлены хламидии. Амбулаторно проведен курс лечения азитромицином 1,0 в 22 недели гестации. Беременность первая, желанная. **Объективно:** состояние удовлетворительное. Рост роженицы 165 см. Вес - 68 кг. Общая прибавка массы тела за беременность 6 кг. ОЖ - 89 см ВДМ-36 см. Размеры таза: 25-28-30-20. Ромб Михаэлиса 11х10 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Продолжительность первого периода родов составляет 5 часа. Сердцебиение плода регистрируется на графике КТГ - 6 баллов по Фишеру. В настоящий момент у роженицы схватки регулярные, умеренной силы, по 20-30 секунд через 4-5 минуты. **Данные влагалищного исследования:** влагалище эластичное, шейка матки сглажена, края толстые, эластичные, открытие маточного зева 3 см. Плодного пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. **Лабораторно – инструментальные исследования** Гемограмма: гемоглобин 90 г/л, эритроциты $3,0x10^{12}$/л, лейкоциты $8,0x10^{9}$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 68% (юные – 1%, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 62%), эозинофилы – 2%, лимфоциты – 25%, моноциты – 7%, тромбоциты – $160x10^{9}$/л,, СОЭ 18 мм/час.

	Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1010, белок – 0 г/л, глюкоза – отр., эпителий плоский – отр., лейкоциты – 2-1-2 в поле зрения, эритроциты – отр. Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, мочевина 3,7 ммоль/л, холестерин 3,3 ммоль/л, АлТ 24 Ед/л (норма - до 40), АсТ 26 Ед/л (норма - до 40). Заключение УЗИ исследования: Плод соответствует 36 неделям беременности. Обнаружено нарушение маточно – плацентарного кровотока 2 степени. **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Назовите факторы риска развития данных осложнений беременности у пациентки. 3. Составьте план ведения пациентки в данной клинической ситуации? 4. Представьте возможные осложнения и прогноз при данной клинической ситуации.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**Ситуационная задача № 18** В приемное отделение родильного дома машиной скорой помощи доставлена женщина с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, появившиеся на фоне полного благополучия в состоянии покоя, слабость, головокружение, потемнение в глазах. **Анамнез.** Из обменной карты установлено, что женщина состоит на учете в женской консультации по беременности. Беременность первая. По данным УЗИ, проведенного 1 неделю назад в женской консультации, установлено: плод соответствует 26 неделям беременности, плацента расположена по передней стенке матки, перекрывает внутренний зев. **Объективно:** состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные и холодные на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 25 в минуту. Сердечные тоны - приглушены, ритмичные. АД -80/40 мм.рт.ст., пульс 110 уд. в мин., слабого наполнения. Дно матки на 2 поперечных пальца выше пупка. ОЖ - 82 см. Положение плода косое, головка в правой подвздошной области. Сердцебиение плода приглушено, 170 уд.в мин., ритмичное. Из влагалища обильные ярко-красные выделения. Общий объем кровопотери 800 мл. Моча выведена катетером - 60 мл, светлая. **Лабораторно – инструментальные исследования:** Гемограмма: гемоглобин 70 г/л, эритроциты $2,2x10^{12}$/л, лейкоциты $8,0x10^{9}$/л, лейкоформула: нейтрофилы – 60% (юные – 0%, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 55%), эозинофилы – 2%, лимфоциты – 20%, моноциты – 8%, тромбоциты – $120x10^{9}$/л,, СОЭ 18 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1015, белок – 0 г/л, глюкоза – отр., эпителий плоский – отр., лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отр. Биохимический анализ крови: общий белок 50 г/л, мочевина 3,2 ммоль/л, холестерин 3,0 ммоль/л, АлТ 22 Ед/л (норма - до 40), АсТ 26 Ед/л (норма - до 40). **Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику неотложного состояния

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТАЦИОНАРА (АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА) (СТАЦИОНАРНАЯ, ВЫЕЗДНАЯ) ***(наименование дисциплины (практики)***

Проведение зачета клинической практики «Помощник врача стационара (акушера-гинеколога) (стационарная, выездная)» 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 экзамене;
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.

ПРОТОКОЛ

экспертизы оценочных материалов

г.Уфа «25» 06. 2020 года

__ Клиническая практика ____«Помощник врача стационара (терапевта) (стационарная, выездная)»_____,

наименование дисциплины (практики)

_____31.05.02 Педиатрия_____,

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 31.05.02 Педиатрия.
5. Содержание ФОМ (ФОС) соответствует целям ООП по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия, профстандарта (2017 г.), 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:
    - М.В. Дегтярева доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неонатологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Пирогова Минздрава России
    - И.В. Вахлова декан педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор
    - Г.Н. Асадуллина главный врач ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 3 г. Уфа кандидат медицинских наук

Общие выводы:

На основании проведенной экспертизы оценочных материалов можно сделать заключение о том, что ФОМ (ФОС) ООП 31.05.02 Педиатрия 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 универсальных/ общекультурных/ общепрофессиональных / профессиональных компетенций ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11, определенных во ФГОС, на каждом этапе формирования компетенций.

Председатель ЦМК
По ТД _____ *Л.В. Волевач*
подпись

Протокол № 6а от «24» июня 2020 г.

Председатель УМС специальности
Педиатрия _____ *И.Ф. Суфияров*
подпись

Протокол № 11 от «25» июня 2020 г.

Дата 25.06.2020

МП

