

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



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
Д.А.Валишин
« 30 » мая 2023г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА
«ПРАКТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»

Разработчик

Кафедра факультетской терапии

Кафедра хирургических болезней и новых
технологий с курсом ИДПО

Специальность

31.05.01. Лечебное дело

Наименование ОПОП

31.05.01. Лечебное дело

Квалификация

Врач-лечебник

ФГОС ВО

Утвержден Приказом Министерства науки и
высшего образования Российской Федерации
от «12» августа 2020 г. № 988

1. Цель и задачи ОМ (ОС)

Цель ОМ (ОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по программе высшего образования – программе специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело, освоивших производственную практику «Практика диагностического профиля».

Основной задачей ОМ (ОС) производственной практики «Практика диагностического профиля» является оценка достижения обучающимися результатов обучения рассматриваемого направления подготовки.

Паспорт тестового материала по производственной практике «Практика диагностического профиля»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность/направление подготовки	Лечебное дело
2.	Кафедра	Кафедра факультетской терапии, кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО
3.	Автор-разработчик	Проф. Мирсаева Г.Х., доц. Хакимова Р.А., доц. Уразаева А.И. Проф. О.В.Галимов, доц. Ю.В.Костина
4.	Наименование дисциплины	производственная практика «Практика диагностического профиля»
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	108 часов/3 ЗЕ
6.	Наименование папки	Оценочные материалы по производственной практике «Практика диагностического профиля»
7.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	435
8.	Количество заданий	100
9.	Из них правильных ответов должно быть (%):	71 % и более
10.	Для оценки «отл» не менее	91%
11.	Для оценки «хор» не менее	81%
12.	Для оценки «удовл» не менее	71%
13.	Время (в минутах)	90 минут
14.	Вопросы к аттестации	123
15.	Задачи	80

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

Наименование компетенции	Индикатор достижения компетенции
ОПК-4	ОПК-4.1
	ОПК-4.2
	ОПК-4.3
	ОПК-4.4
ПК-5	ПК-5.1
	ПК-5.2
	ПК-5.3
	ПК-5.4
	ПК-5.5
	ПК-5.6
ПК-6	ПК-6.1
	ПК-6.2
	ПК-6.3
	ПК-6.4
	ПК-6.5
	ПК-6.6

Задания

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.

Раздел 1. Практика диагностического профиля (терапевтическая)

Код контролируемой компетенции:

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильные ответы
<i>Дополните</i>			
1.	ОПК-4./ ОПК-4.2.	ЭКГ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ _____	высокий остроконечный зубец Т
2.	ОПК-4./ ОПК-4.2.	КРИТЕРИЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ _____	горизонтальная депрессия интервала ST более 1 мм
3.	ОПК-4./ ОПК-4.4.	МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ _____	велозргометрия (ВЭМ)
4.	ОПК-4./ ОПК-4.4.	ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____	велозргометрия
5.	ОПК-4./ ОПК-4.4.	БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НЕКРОЗА МИОКАРДА _____	миоглобин и КФК- МВ
6.	ОПК-4./ ОПК-4.4.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ _____ В МИОКАРДЕ _____	определение уровня тропонинов в крови
7.	ОПК-4./ ОПК-4.4.	НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА _____	эндоскопия с биопсией
8.	ОПК-4./ ОПК-4.4.	В КАКИХ ОТВЕДЕНИЯХ ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ИНФАРКТ ЗАДНЕ- БОКОВОЙ _____ _____ ЛОКАЛИЗАЦИИ	3, 2 стандартные, AVF, V5-V6

9.	ОПК-4./ ОПК-4.4.	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ У МУЖЧИНЫ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С _____	ЭКГ
10.	ОПК-4./ ОПК-4.4.	ДЛЯ ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПРОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ НА ЭКГ _____	3-е, 2-е стандартные отведения, AVF
11.	ОПК-4/ ОПК-4.4.	КАКОЙ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ МОКРОТЫ С ДОСТОВЕРНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО _____	эластические волокна
12.	ОПК-4/ ОПК-4.4.	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ _____	стойкий выпот, неясные причины выпота
13.	ОПК-4/ ОПК-4.3.	ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЭКТАЗОВ _____	бронхография
14.	ОПК-4/ ОПК-4.4.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ _____	тропонина
15.	ОПК-4/ ОПК-4.4.	ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ _____	Тропонина, креатинфосфокиназы
16.	ОПК-4/ ОПК-4.2.	НОРМАЛЬНОЕ АД _____	120-129/80-84 мм рт. ст.
17.	ОПК-4/ ОПК-4.2.	ВЫСОКОЕ НОРМАЛЬНОЕ АД _____	130-139/85-89 мм рт. ст.
18.	ОПК-4/ ОПК-4.2.	ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ _____	ниже 140/90 мм рт. ст.
19.	ОПК-4/ ОПК-4.2.	ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ _____	ниже 130/85 мм рт. ст.

		ДИАБЕТОМ _____	ст.
20.	ОПК-4/ ОПК-4.4.	В ФАЗУ ВИРУСНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ _____	HBsAg
21.	ОПК-4/ ОПК-4.4.	В ФАЗУ ВИРУСНОЙ РЕПЛИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В МАРКЕРОМ АКТИВНОСТИ _____ ЯВЛЯЕТСЯ	HBeAg
22.	ОПК-4/ ОПК-4.4.	АКТИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ _____	уровнем трансаминаз
23.	ОПК-4/ ОПК-4.4.	В АНАЛИЗАХ КРОВИ ДЛЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО _____	повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
24.	ОПК-4/ОПК-4.2.	КОЛИЧЕСТВО ПАЧКА/ЛЕТ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ _____	число выкуриваемых сигарет в сутки x стаж курения (годы)
25.	ОПК-4/ОПК-4.2.	ПАЦИЕНТА МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК ЗЛОСТНОГО КУРИЛЬЩИКА, ЕСЛИ ИНДЕКС КУРЯЩЕГО ЧЕЛОВЕКА (ИКЧ) _____	>120
26.	ОПК-4/ОПК-4.4.	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ _____	исследование газового состава артериальной крови
27.	ОПК-4/ ОПК-4.4	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ _____	проба Тиффно
28.	ОПК-4/ОПК-4.4.	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА С _____	сальбутамолом
29.	ОПК-4/ОПК-4.4.	ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ _____	лучше выслушивается в положении на левом боку в фазе выдоха
30.	ОПК-4/ОПК-4.4.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО	наличие "щелчка открытия" митрального

		ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ _____	клапана
31.	ОПК-4/ОПК-4.4.	НОРМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ _____	5,0-20,5 мкмоль/л
32.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО _____	снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
33.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ТОЛЬКО ПРЯМАЯ (КОНЬЮГИРОВАННАЯ) ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____	Механической желтухи
34.	ОПК-4/ОПК-4.1.	УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО И НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ _____	хронический гепатит высокой активности
35.	ОПК-4/ОПК-4.1.	О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ _____	уровня ЩФ
36.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО _____	повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
37.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ВЫРАЖЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОТ ПРОЧИХ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ _____	гистологические изменения
38.	ОПК-4/ОПК-4.1.	В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ _____	данные гистологического исследования печени
39.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ _____	повышение ЩФ
40.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ДЛЯ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ХАРАКТЕРНО _____	анемия, тромбоцитопения
41.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО _____	повышение уровня обеих фракций в зависимости от преобладания механизма обмена

			билирубина в печени
42.	ОПК-4/ОПК-4.1.	К ИНДИКАТОРНЫМ ФЕРМЕНТАМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ _____	ЛДГ, АСТ, АЛТ
43.	ОПК-4/ОПК-4.1.	К МАРКЕРАМ НАРУШЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ _____	холинэстераза
44.	ОПК-4/ОПК-4.1.	САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХГН ЯВЛЯЕТСЯ _____	повышение уровня креатинина в крови
45.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ГИПОКАЛИЕМИЯ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ В ПЕРИОДЕ _____	позднем полиурическом
46.	ОПК-4/ОПК-4.1.	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 _____	хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма
47.	ОПК-4/ОПК-4.1.	САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ _____	повышение уровня креатинина крови
48.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО _____	снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
49.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ПРИЗНАК НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПО РЕСТРИКТИВНОМУ ТИПУ _____	снижение ЖЕЛ
50.	ОПК-4/ОПК-4.1.	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	микоплазма

		АМОКСИЦИЛЛИНОМ, ЦЕФАЛОСПОРИНАМИ НЕЭФФЕКТИВНА. ВЕРОЯТНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ _____	
51.	ОПК-4/ОПК-4.1.	У СЛУЖАЩЕЙ КРУПНОЙ ГОСТИНИЦЫ С КОНДИЦИОНЕРАМИ ОСТРО ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 40 °, 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 _____	легионелла
52.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ), ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА _____	через 2-3 дня и более после госпитализации
53.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ГАНГРЕНУ ЛЕГКОГО ОТ ОСТРОГО АБСЦЕССА ОТЛИЧАЕТ _____	отсутствия клинических и рентгенологических признаков отграничения воспалительного процесса в легких
54.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ПОЯВЛЕНИЕ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ _____	ослаблением или отсутствием дыхательных шумов на стороне поражения
55.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____	нестабильная стенокардия
56.	ОПК-4/ОПК-4.1.	НАЗОВИТЕ КРИТЕРИЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ _____	депрессия сегмента ST на 2 мм
57.	ОПК-4/ОПК-4.1.	САМЫМ РАННИМ БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ _____	миоглобин

58.	ОПК-4/ОПК-4.1.	НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ МАРКЕРМ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ _____	тропонин
59.	ОПК-4/ОПК-4.1.	АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА МОГУТ БЫТЬ _____	ослабление обоих тонов на верхушке
60.	ОПК-4/ОПК-4.1.	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА _____	полисерозит
61.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ _____	лейкоцитоз в первые 3 дня, ускорение СОЭ в последующие 5-7 дней
62.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ЭКГ ПРИЗНАКОМ ПОДОСТРОГО ПЕРИОДА ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ _____	наличие комплекса QS, формирование глубокого отрицательного коронарного зубца Т
63.	ОПК-4/ОПК-4.1.	У 42-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ЧАСТЫЕ ПРЕДСЕРДНЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ, ОЩУЩАЕМЫЕ БОЛЬНЫМ КАК НЕПРИЯТНЫЕ "ТОЛЧКИ" В ГРУДИ. ДАННОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА УГРОЖАЕТ	появлением мерцательной аритмии
64.	ОПК-4/ОПК-4.1.	У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ВОЗНИК ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ (160 В МИНУТУ), КОТОРЫЙ ВРАЧ КУПИРОВАЛ ПРОБОЙ ВАЛЬСАЛЬВЫ. ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ СКОРЕЕ ВСЕГО БЫЛ ОБУСЛОВЛЕН	пароксизмальной наджелудочковой тахикардией
65.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ, РАВНОГО 0,28 С, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО	блокады атриовентрикулярного проведения 1-й степени
66.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____	загрудинная боль и депрессия сегмента ST, возникающие одновременно при нагрузке
67.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ОСНОВНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ В-БЛОКАТОРОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ СВЯЗАН С _____	уменьшением частоты и силы сокращений сердца
68.	ОПК-4/ОПК-4.1.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ	горизонтальная депрессия ST

		СТЕНОКАРДИИ	
69.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА	локальный гипокинез стенки желудочка
70.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА, ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЛПНП И ЛПОНП ЯВЛЯЕТСЯ ТИП	IIб
71.	ОПК-4/ОПК-4.1.	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ХАРАКТЕРОМ БОЛЕЙ У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ _____	стойкая загрудинная давящая, иногда жгучая, с широкой иррадиацией
72.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____	отсутствие во всех отведениях зубца Р, разные расстояния между желудочковыми комплексами
73.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ВОЗНИКАЮТ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ _____	полной АВ-блокаде
74.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НЕОБХОДИМОЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ СТЕНОКАРДИИ _____	диафрагмальная грыжа
75.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ	пункционная биопсия почки

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ			
1	ОПК-4/ОПК-4.1.	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ а) $\leq 1,0$ ммоль/л б) $\leq 1,7$ ммоль/л в) $\leq 2,0$ ммоль/л г) $\leq 3,0$ ммоль/л	б
2.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ	в

		а) появление антител к обкладочным клеткам б) появление антител к гастромукопротеину в) появление антител к <i>Helicobacter pylori</i> г) развитие В12 дефицитной анемии	
3.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ а) лейкоцитурия б) протеинурия в) гематурия г) цилиндрурия	б
4.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ПРОБА РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТ а) мочевой осадок (эритроциты, белок, цилиндры, лейкоциты) б) количественное содержание форменных элементов в 1 мл мочи в) состояние клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции г) иммунологические гуморальные и клеточные нарушения	в
5.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХГН а) проба по Нечипоренко б) проба Зимницкого в) проба Реберга-Тареева г) проба Аддиса-Каковского	в
6.	ОПК-4/ОПК-4.1.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА а) исследование мочи б) изотопная ренография в) экскреторная урография г) пункционная биопсия почки	г
7.	ОПК-4/ОПК-4.1.	ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА а) пиурия б) дизурия в) лейкоцитурия г) протеинурия	г
8.	ОПК-4/ ОПК-4.3.	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) ректальный б) сублингвальный в) внутрь г) внутривенный	г
9.	ОПК-4/ ОПК-4.4.	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ	г

		С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ а) вентрикулография б) стресс доплер-эхокардиография в) электрокардиография г) доплер-эхокардиография	
10.	ОПК-4/ ОПК-4.4.	ОДНИМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ а) КФК б) аминотрансфераз в) креатинина г) натрийуретических пептидов	г

Код контролируемой компетенции

ПК-5. Способен собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторные, инструментальные, патолого-анатомические и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильные ответы
Дополните			
1.	ПК-5/ПК-5.2.	КОМАТОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ СОЗНАНИЯ БОЛЬНОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	бессознательным состоянием сутратой рефлексов
2.	ПК-5/ПК-5.2.	АКТИВНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО - ЭТО	пациент способен к самообслуживанию; нет ограничения физической активности
3.	ПК-5/ПК-5.2.	ПАССИВНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО - ЭТО	пациент неспособен к самообслуживанию; отсутствует физическая активность
4.	ПК-5/ПК-5.2.	ЭЛАСТИЧНОСТЬ КОЖИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ СВЯЗАНА С	обильной потерей воды
5.	ПК-5/ПК-5.2.	СУХОСТЬ КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О	интоксикации

6.	ПК-5/ПК-5.2.	ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЕ	36,4°C - 36,8°C
7.	ПК-5/ПК-5.2.	РЕКТАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА	36,9°C - 37,8°C
8.	ПК-5/ПК-5.2.	ДИАПАЗОН ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ ГЕКТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ	36, 7- 39°C
9.	ПК-5/ПК-5.2.	ДИАПАЗОН ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ СУБФЕБРИЛЬНОЙ ЛИХОРАДКЕ	37°C - 38°C
10.	ПК-5/ПК-5.2.	ОТМЕЧАЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ ПОПЕРЕЧНОГО И ПЕРЕДНЕЗАДНЕГО РАЗМЕРА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, КОРОТКАЯ ШЕЯ. ОТНОШЕНИЕ ПЕРЕДНЕЗАДНЕГО РАЗМЕРА К БОКОВОМУ ОКОЛО 1,0. НАДКЛЮЧИЧНЫЕ ЯМКИ СГЛАЖЕНЫ. ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ УГОЛ ТУПОЙ. НАПРАВЛЕНИЕ РЕБЕР ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ. МЕЖРЕБЕРНЫЕ ПРОМЕЖУТКИ ШИРОКИЕ, ПРИ ДЫХАНИИ В ЗАДНЕНИЖНИХ ОТДЕЛАХ ОТМЕЧАЕТСЯ ИХ ВТЯЖЕНИЕ. ЛОПАТКИ ПЛОТНО ПРИЛЕГАЮТ К ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАЗЫВАЕТСЯ	эмфизематозная
11.	ПК-5/ПК-5.2.	ДАЙТЕ НАЗВАНИЕ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: ШИРОКАЯ, НО КОРОТКАЯ ГРУДНАЯ КЛЕТКА. ОТНОШЕНИЕ ПЕРЕДНЕ - ЗАДНЕГО РАЗМЕРА К БОКОВОМУ ОКОЛО 1,0. НАДКЛЮЧИЧНЫЕ ЯМКИ СГЛАЖЕНЫ. ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ УГОЛ ТУПОЙ. НАПРАВЛЕНИЕ РЕБЕР ПОЧТИ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ. МЕЖРЕБЕРНЫЕ ПРОМЕЖУТКИ УЗКИЕ, ИХ ВТЯЖЕНИЯ ПРИ ДЫХАНИИ НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ. ЛОПАТКИ ПЛОТНО ПРИЛЕГАЮТ К ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ	гиперстеническая
12.	ПК-5/ПК-5.2.	ДАЙТЕ НАЗВАНИЕ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: ОТНОШЕНИЕ ПЕРЕДНЕЗАДНЕГО РАЗМЕРА К ПОПЕРЕЧНОМУ ОКОЛО 0,7. НАДКЛЮЧИЧНЫЕ ЯМКИ СЛАБО ВЫРАЖЕНЫ. ЭПИГАСТРАЛЬНЫЙ УГОЛ	нормостеническая

		ПРЯМОЙ. РЕБРА В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ИМЕЮТ УМЕРЕННО КОСОЕ НАПРАВЛЕНИЕ. ЛОПАТКИ ПЛОТНО ПРИЛЕГАЮТ К ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ	
13.	ПК-5/ПК-5.2.	РАЗНОВИДНОСТЬ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ВПЕРЕД НАЗЫВАЕТСЯ	лордоз
14.	ПК-5/ПК-5.2.	РАЗНОВИДНОСТЬ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА В БОКОВОМ НАПРАВЛЕНИИ НАЗЫВАЕТСЯ	сколиоз
15.	ПК-5/ПК-5.2.	РАЗНОВИДНОСТЬ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА НАЗАД С ОБРАЗОВАНИЕМ ГОРБА НАЗЫВАЕТСЯ	кифоз
16.	ПК-5/ПК-5.2.	КРАЙНЯЯ СТЕПЕНЬ ИСХУДАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ	кахексия
17.	ПК-5/ПК-5.2.	ЛЕВАЯ ГРАНИЦА АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ	на 3-4 см кнутри от левой среднеключичной линии
18.	ПК-5/ПК-5.2.	ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА В НОРМЕ РАСПОЛОЖЕНА	на уровне IV ребра или межреберья
19.	ПК-5/ПК-5.2.	ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩЕЙ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ЛИНИИ	на 1 см кнаружи от левой стеральной линии
20.	ПК-5/ПК-5.2.	ЕСЛИ ПОСЛЕ ОТКАШЛИВАНИЯ УМЕНЬШАЮТСЯ БАСОВЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ, МОЖНО ГОВОРИТЬ, ЧТО	происходит отхаркивание вязкой мокроты
21.	ПК-5/ПК-5.2.	ЕСЛИ ПОСЛЕ ОТКАШЛИВАНИЯ НЕ ИЗМЕНЯЮТСЯ ДИСКАНТОВЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ, МОЖНО ГОВОРИТЬ, ЧТО	сохраняется спазм мелких бронхов
22.	ПК-5/ПК-5.3.	К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ОТНОСЯТСЯ	осмотр; пальпация; перкуссия; аускультация пациента
23.	ПК-5/ПК-5.5.	ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ ОБРАЗУЕТСЯ	в альвеолах
24.	ПК-5/ПК-5.5.	ХРИПЫ ОБРАЗУЮТСЯ	в бронхах

25.	ПК-5/ПК-5.5.	ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ ОБРАЗУЮТСЯ	при наличии жидкого секрета в бронхах
26.	ПК-5/ПК-5.5.	БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ	над трахеей
27.	ПК-5/ПК-5.5.	КРЕПИТАЦИЯ ОБРАЗУЕТСЯ	в альвеолах
28.	ПК-5/ПК-5.5.	КРЕПИТАЦИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫХ ВЛАЖНЫХ ХРИПОВ ТЕМ, ЧТО ВОЗНИКАЕТ	на высоте (в конце) вдоха
29.	ПК-5/ПК-5.5.	БРОНХОФОНΙΑ – ЭТО	выслушивание шепотной речи шипящими согласными в словах
30.	ПК-5/ПК-5.2.	СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ	16-20 в 1 минуту
31.	ПК-5/ПК-5.5.	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА КАШЛЯ, КОГДА ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ ВОЗНИКАЕТ СУХОЙ КАШЕЛЬ И РЕЗКАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ	воспаление плевры (сухой плеврит)
32.	ПК-5/ПК-5.4.	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА КАШЛЯ, КОГДА ИМЕЕТСЯ СУХОЙ КАШЕЛЬ И ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА	воспаление гортани (ларингит)
33.	ПК-5/ПК-5.4.	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА КАШЛЯ, ЕСЛИ КАШЕЛЬ СО СКУДНОЙ МОКРОТОЙ СЛИЗИСТОГО И СЛИЗИСТО-ГНОЙНОГО ХАРАКТЕРА	воспаление трахеи и бронхов
34.	ПК-5/ПК-5.4.	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА КАШЛЯ, ЕСЛИ КАШЕЛЬ С ОТДЕЛЕНИЕМ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ЖИДКОЙ, ЗЕЛЕНОВАТОЙ МОКРОТЫ СО ЗЛОВОННЫМ ЗАПАХОМ. ПРИ ЭТОМ МОКРОТА ОТХАРКИВАЕТСЯ «ПОЛНЫМ РТОМ»	гнойный воспалительный процесс в легком (абсцесс)
35.	ПК-5/ПК-5.4.	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА КАШЛЯ, ЕСЛИ КАШЕЛЬ С ТРУДНООТДЕЛЯЕМОЙ, СТЕКЛОВИДНОЙ, ВЯЗКОЙ СЛИЗИСТОЙ МОКРОТОЙ В НЕБОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ И СОПРОВОЖДАЕТСЯ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКОЙ	гиперсекреция бронхиальных желез + спазм мелких бронхов (бронхиальная астма)

36.	ПК-5/ПК-5.4.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СТРИДОРНОГО ДЫХАНИЯ.	препятствие в верхних дыхательных путях (опухоль гортани; главного бронха; инородное тело).
37.	ПК-5/ПК-5.4.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ИНСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ	поражение альвеолярной ткани
38.	ПК-5/ПК-5.4.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ	поражение альвеолярной ткани
39.	ПК-5/ПК-5.5.	ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ВЕЗИКУЛЯРНОГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	дыхание имеет мягкий тембр; напоминает звук "Ф"
40.	ПК-5/ПК-5.2.	ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	дыхание очень грубого тембра; напоминает звук "Х"
41.	ПК-5/ПК-5.5.	ПОЯВЛЕНИЕ ВЛАЖНЫХ КРУПНОПУЗЫРЧАТЫХ ХРИПОВ ОБУСЛОВЛИВАЕТ	жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом
42.	ПК-5/ПК-5.5.	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АКРОЦИАНОЗА	замедление кровотока в дистальных отделах большого круга кровообращения
43.	ПК-5/ПК-5.5.	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИКТЕРИЧНОСТИ СКЛЕР ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА	нарушение функции печени при застое крови в большом круге кровообращения
44.	ПК-5/ПК-5.5.	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОТЕКА НОГ	рост гидростатического давления в венах нижних конечностей
45.	ПК-5/ПК-5.5.	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АСЦИТА	повышение давления в системе полых вен
46.	ПК-5/ПК-5.5.	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ ВЫНУЖДЕННОГО ПОЛОЖЕНИЯ ОРТОПНОЭ	повышение давления (застой) в малом круге кровообращения
47.	ПК-5/ПК-5.5.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВЫРАЖЕННОЙ ПУЛЬСАЦИИ	значительное увеличение

		СОННЫХ АРТЕРИЙ «ПЛЯСКА КАРОТИД»	пульсового артериального давления
48.	ПК-5/ПК-5.5.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НАБУХАНИЯ ЯРЕМНЫХ ВЕН	застой крови в венах большого круга кровообращения (правожелудочковая недостаточность)
49.	ПК-5/ПК-5.5.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НАБУХАНИЯ ЯРЕМНЫХ ВЕН И ИХ ПУЛЬСАЦИИ В СИСТОЛУ (ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС)	заброс крови в систолу из правого желудочка в правое предсердие при недостаточности трехстворчатого клапана
50.	ПК-5/ПК-5.5.	ПРИЧИНЫ РЕЗКОГО НАБУХАНИЯ ВЕН ШЕИ, ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ВЫРАЖЕННОГО ЦИАНОЗА И ОТЕКА ШЕИ «ВОРОТНИК СТОКСА»	затруднение венозного оттока при сдавлении опухолью или тромбозе верхней полной вены
51.	ПК-5/ПК-5.2.	ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ ОБРАЗОВАНА СЛЕДУЮЩИМ ОТДЕЛОМ СЕРДЦА	левый желудочек
52.	ПК-5/ПК-5.2.	ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ ОБРАЗОВАНА СЛЕДУЮЩИМ ОТДЕЛОМ СЕРДЦА	ушко левого предсердия
53.	ПК-5/ПК-5.2.	АБСОЛЮТНАЯ ТУПОСТЬ ОБРАЗОВАНА СЛЕДУЮЩИМ ОТДЕЛОМ СЕРДЦА	правый желудочек
54.	ПК-5/ПК-5.2.	ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА В НОРМЕ РАСПОЛОЖЕНА	на уровне III ребра или межреберья
55.	ПК-5/ПК-5.5.	ПАТОЛОГИЯ; О КОТОРОЙ ИДЕТ РЕЧЬ; ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ВЛЕВО ЛЕВОЙ ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА	дилатация левого желудочка
56.	ПК-5/ПК-5.5.	ПАТОЛОГИЯ, О КОТОРОЙ ИДЕТ РЕЧЬ, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ СОСУДИСТОГО ПУЧКА	расширение или аневризма восходящей части аорты или легочной артерии
57.	ПК-5/ПК-5.5.	НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНАЯ ТРАКТОВКА ДАННЫХ, ЕСЛИ РАЗЛИТОЙ ВЫСОКИЙ (КУПОЛООБРАЗНЫЙ) ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В VI МЕЖРЕБЕРЬЕ НА 2 СМ КНАРУЖИ ОТ ЛЕВОЙ	гипертрофия и дилатация левого желудочка

		СРЕДИННОКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ	
58.	ПК-5/ПК-5.5.	НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНАЯ ТРАКТОВКА ДАННЫХ, ЕСЛИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫЙ СЕРДЕЧНЫЙ ТОЛЧОК И ЭПИГАСТРАЛЬНАЯ ПУЛЬСАЦИЯ	гипертрофия и дилатация правого желудочка
59.	ПК-5/ПК-5.5.	МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ У ОСНОВАНИЯ СЕРДЦА	затруднение тока крови из желудочка в магистральные сосуды
60.	ПК-5/ПК-5.4.	УВЕЛИЧЕНИЕ СВОБОДНОГО (НЕПРЯМОГО) БИЛИРУБИНА ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХЕ ОБУСЛОВЛЕНО	нарушением связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
61.	ПК-5/ПК-5.4.	УВЕЛИЧЕНИЕ СВЯЗАННОГО (ПРЯМОГО) БИЛИРУБИНА ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХЕ ОБУСЛОВЛЕНО	нарушением связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
62.	ПК-5/ПК-5.4.	ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХЕ ОБУСЛОВЛЕН	появлением уробилина в моче
63.	ПК-5/ПК-5.4.	МЕЛЕНА – ЭТО	черный дегтеобразный стул
64.	ПК-5/ПК-5.2.	ГЕМАТУРИЯ - ЭТО	появление в моче эритроцитов
65.	ПК-5/ПК-5.2.	НИКТУРИЯ – ЭТО	преобладание ночного диуреза над дневным

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильный ответ
Выберите один правильный ответ			
1.	ПК-5/ПК-5.4.	УВЕЛИЧЕНИЕ СВЯЗАННОГО (ПРЯМОГО) БИЛИРУБИНА ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХЕ ОБУСЛОВЛЕНО а) нарушением связывания билирубина с глюкуроновой кислотой б) нарушением выделения связанного билирубина в) увеличением уробилина в моче г) нарушением выделения свободного билирубина	б
2.	ПК-5/ПК-5.4.	ТЕМНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХЕ	в

		ОБУСЛОВЛЕН а) нарушением связывания билирубина с глюкуроновой кислотой б) нарушением выделения связанного билирубина в) появлением уробилина в моче г) увеличением билирубина в моче	
3.	ПК-5/ПК-5.4.	МЕЛЕНА – ЭТО а) кинжальные боли в эпигастрии б) черный дегтеобразный стул в) метеоризм г) рвота «кофейной» гущей	б
4.	ПК-5/ПК-5.2.	ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НАНЕСЕНИЯ РАЗДРАЖЕНИЙ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ УГНЕТЕНИЯ СОЗНАНИЯ У БОЛЬНОГО В НЕОТЛОЖНОЙ СИТУАЦИИ а) позвать голосом (вербальное), несильно потрясти на плечо (тактильное), ущипнуть за мочку уха (болевое) б) несильно потрясти на плечо (тактильное), позвать голосом (вербальное), ущипнуть за мочку уха (болевое) в) ущипнуть за мочку уха (болевое), несильно потрясти на плечо (тактильное), позвать голосом (вербальное) г) несильно потрясти на плечо (тактильное), ущипнуть за мочку уха (болевое), позвать голосом (вербальное)	а
5.	ПК-5/ПК-5.4	ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ СОХРАННОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНОГО В НЕОТЛОЖНОЙ СИТУАЦИИ ДОСТАТОЧНО ОПРЕДЕЛИТЬ а) пульс на лучевой артерии б) пульс на локтевой артерии в) пульс на сонной артерии г) пульс на тыльной артерии стопы	в
6.	ПК-5/ПК-5.4.	ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ СОХРАННОСТИ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНОГО В НЕОТЛОЖНОЙ СИТУАЦИИ ДОСТАТОЧНО ОПРЕДЕЛИТЬ а) только видимые дыхательные движения грудной клетки б) только розовую окраску кожи в) только узкие зрачки г) видимые дыхательные экскурсии и поток выдыхаемого воздуха	г
7.	ПК-5/ПК-5.5.	ГЕМАТУРИЯ - ЭТО а) появление в моче белка б) появление в моче эритроцитов в) появление в моче лейкоцитов г) появление в моче цилиндров	б
8.	ПК-5/ПК-5.5.	ПРОБА ЗИМНИЦКОГО ОТРАЖАЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК а) участие в концентрации мочи	а

		б) участие в гемопоэзе в) участие в обмене электролитов. г) все вышеперечисленное	
9.	ПК-5/ПК-5.5.	НИКТУРИЯ – ЭТО а) задержка выделения мочи б) преобладание ночного диуреза над дневным в) снижение удельного веса мочи г) болезненное мочеиспускание	б
10.	ПК-5/ПК-5.5.	ИЗОГИПОСТЕНУРИЯ – ЭТО а) одинаковый объем разных порций мочи б) снижение удельного веса мочи в) монотонно сниженный удельный вес разных порций мочи г) повышение удельного веса мочи	в
11.	ПК-5/ПК-5.5.	ПИУРИЯ – ЭТО а) появление в моче белка б) появление в моче эритроцитов в) появление в моче гноя г) появление в моче цилиндров	в
12.	ПК-5/ПК-5.5.	АНУРИЯ – ЭТО а) выделение за сутки менее 50 мл мочи б) выделение за сутки менее 500 мл мочи в) выделение за сутки менее 200 мл мочи г) выделение за сутки менее 1000 мл мочи	а
13.	ПК-5/ПК-5.5.	ТРЕХСТАКАННАЯ ПРОБА ТОМПСОНА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В а) печени б) мочевыводящих путях в) легких г) кишечнике	б
14.	ПК-5/ПК-5.5.	ХАРАКТЕРИСТИКУ ВОЗБУДИТЕЛЯ; ВЫЗВАВШЕГО ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В ОРГАНАХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ; МОЖНО УСТАНОВИТЬ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ: а) посева мочи на бактериальные среды б) общего анализа мочи в) ультразвукового исследования г) все перечисленное	а
15.	ПК-5/ПК-5.5.	В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ОТРАЖАЕТ УРОВЕНЬ а) остаточного азота б) мочевины в) креатинина г) мочевой кислоты	в
16.	ПК-5/ПК-5.5.	УДЕЛЬНЫЙ ВЕС НОРМАЛЬНОЙ МОЧИ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ а) 1002-1012 б) 1030-1036	в

		в) 1012-1028. г) 1036-1044	
17.	ПК-5/ПК-5.5.	НОРМАТИВЫ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ а) 40-60 мл/мин б) 80-120 мл/мин в) 160-180 мл/мин. г) 180-240 мл/мин	б
18.	ПК-5/ПК-5.5.	КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕН ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ а) билирубина б) мочевины в) сахара г) все вышеперечисленное	б
19.	ПК-5/ПК-5.5.	ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК БОЛЬНЫМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ДИЕТА а) мягкая; протертая пища б) ограничение острой и жареной пищи в) ограничение белка г) ограничение легкоусвояемых углеводов	в
20.	ПК-5/ПК-5.5.	ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) проба по Нечипоренко б) проба Зимницкого в) проба Реберга-Тареева г) проба Аддиса-Каковского	в
21.	ПК-5/ПК-5.1.	ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ УЧАЩЕННОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ а) странгурия б) поллакиурия в) полиурия г) ишурия	б
22.	ПК-5/ПК-5.1.	ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНЕННОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ а) странгурия б) поллакиурия в) полиурия г) ишурия	а
23.	ПК-5/ПК-5.1.	ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МОЧИ а) странгурия б) полакиурия в) анурия г) полиурия	г
24.	ПК-5/ПК-5.1.	ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ МОЧИ В ПОЧКАХ а) странгурия б) полакиурия в) анурия г) ишурия	в

25.	ПК-5/ПК-5.1.	ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ ОПОРОЖНИТЬ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ (ЗАДЕРЖКА МОЧИ) а) странгурия б) полакиурия в) анурия г) ишурия	г
26.	ПК-5/ПК-5.4.	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ РЕЗКИХ ПРИСТУПООБРАЗНЫХ И ОЧЕНЬ ИНТЕНСИВНЫХ БОЛЕЙ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ С ИРРАДИАЦИЕЙ ВНИЗ а) растяжение почечной капсулы б) растяжение почечной лоханки в) только спастические сокращения мочеточника г) спастические сокращения мочеточника и растяжение почечной лоханки	в
27.	ПК-5/ПК-5.4.	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ОСТРЫХ, ПОСТОЯННОГО ХАРАКТЕРА, ИНТЕНСИВНЫХ БОЛЕЙ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ а) растяжение почечной капсулы б) растяжение почечной лоханки в) только спастические сокращения мочеточника г) спастические сокращения мочеточника и растяжение почечной лоханки	б
28.	ПК-5/ПК-5.4.	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ТУПЫХ НОЮЩИХ ДЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЙ В ПОЯСНИЦЕ а) растяжение почечной капсулы б) растяжение почечной лоханки в) только спастические сокращения мочеточника г) спастические сокращения мочеточника и растяжение почечной лоханки	а
29.	ПК-5/ПК-5.4.	ПОЯВЛЕНИЕ В КРОВИ ЭРИТРОЦИТОВ РАЗНОЙ ВЕЛИЧИНЫ НОСИТ НАЗВАНИЕ а) пойкилоцитоз б) анизоцитоз в) микроцитоз. г) все вышеперечисленное	б
30.	ПК-5/ПК-5.4.	СДВИГОМ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО НАЗЫВАЕТСЯ а) лейкопения б) сдвиг в сторону зрелых форм нейтрофилов в) сдвиг в сторону юных форм нейтрофилов г) нейтропения	в
31.	ПК-5/ПК-5.4.	ЭОЗИНОФИЛИЯ - ЭТО ПРИЗНАК а) гнойного воспаления б) острой кровопотери в) ишемии тканей г) аллергической реакции	г

32.	ПК-5/ПК-5.4.	ТЕРМИН «НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ СДВИГ ВПРАВО» ОЗНАЧАЕТ а) сдвиг в сторону юных форм нейтрофилов б) сдвиг в сторону зрелых форм нейтрофилов в) количество нейтрофилов больше чем количество эритроцитов г) нейтропения	б
33.	ПК-5/ПК-5.3.	ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ, ВЫСТУПАЕТ а) ОФВ1 б) ФЖЕЛ в) ЖЕЛ г) ОФВ1/ФЖЕЛ	а
34.	ПК-5/ПК-5.3.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД а) велоэргометрии б) электрокардиографии в) коронарографии г) чрезпищеводной стимуляции левого предсердия	в
35.	ПК-5/ПК-5.3.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦИПАЛА МЕТОД а) велоэргометрии б) холтеровского мониторирования ЭКГ в) чрезпищеводной стимуляции левого предсердия г) электрокардиографии	б

Код контролируемой компетенции

ПК-6. Способен определять у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильные ответы
Дополните			
1.	ПК-6/ ПК-6.1	ОГЛУШЕНИЕ - СТУПОРОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ СОЗНАНИЯ БОЛЬНОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	заторможенностью; на вопросы отвечает с задержкой;

			дезориентация в пространстве и времени; рефлексы сохранены
2.	ПК-6/ ПК-6.1	СОПОРОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ СОЗНАНИЯ БОЛЬНОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ_____	контакту недоступен; сохранены рефлексы и реакции на выраженные болевые раздражители; при нанесении болевого раздражения отдергивает соответствующую конечность
3.	ПК-6/ ПК-6.1	ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ БОЛЬНОЙ ПРИНИМАЕТ ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ – ЛЕЖА НА БОКУ, КОЛЕНИ СОГНУТЫ, ГОЛОВА ЗАПРОКИНУТА НАЗАД – «ПОЗА ЛЯГУШКИ»_____	менингит
4.	ПК-6/ ПК-6.1	ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО – СИДЯ, ОПИРАЯСЬ РУКАМИ О КРАЙ СТУЛА; ВЕРХНЯЯ ЧАСТЬ ТЕЛА НАКЛОНЕНА ВПЕРЕД – ХАРАКТЕРИЗУЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ_____	приступ бронхиальной астмы
5.	ПК-6/ ПК-6.1	ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ХАРАКТЕРНО ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЛЕЖА НА СПИНЕ_____	острый аппендицит
6.	ПК-6/ ПК-6.1	ДАЙТЕ ОПИСАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ВАРИАНТОВ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА БОЛЬНОГО: «ЛИЦО КОРВИЗАРА»_____	лицо одутловатое, желтовато-бледное, рот постоянно полуоткрыт, губы цианотичные, глаза слипающиеся, тусклые
7.	ПК-6/ ПК-6.1	ДАЙТЕ ОПИСАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ВАРИАНТОВ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА БОЛЬНОГО «FACIES MITRALIS»_____	отмечается выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек
8.	ПК-6/ ПК-6.1	ДАЙТЕ ОПИСАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ВАРИАНТОВ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА БОЛЬНОГО «ВОРОТНИК СТОКСА»_____	лицо одутловатое кожные покровы лица с цианотичным оттенком, отмечается резкое набухание вен шеи, выраженный цианоз и отек шеи
9.	ПК-6/ ПК-6.1	ДАЙТЕ ОПИСАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ВАРИАНТОВ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА БОЛЬНОГО «ЛИЦО ГИППОКРАТА»_____	лицо мертвенно-бледное с сероватым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли

			холодного профузного пота
10.	ПК-6/ ПК-6.1	УКАЖИТЕ ВИД ОТЕКОВ, ЕСЛИ ОТЕК МЕСТНЫЙ ОГРАНИЧЕННЫЙ, БОЛЕЗНЕННЫЙ, С ГИПЕРЕМИЕЙ И ГОРЯЧЕЙ КОЖЕЙ НАД НИМ_____	воспалительный отек
11.	ПК-6/ ПК-6.1	УКАЖИТЕ ВИД ОТЕКОВ, ЕСЛИ ОТЕК ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШИЙСЯ, МЕСТНЫЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ, БЕЗ ГИПЕРЕМИИ И ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ_____	аллергический отек
12.	ПК-6/ ПК-6.1	УКАЖИТЕ ВИД ОТЕКОВ, ЕСЛИ ОТЕКИ ДИФФУЗНЫЕ, ПЛОХО ПОДАТЛИВЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПЛОТНЫЕ, ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ГОЛЕНЯХ, СТОПАХ И В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, УВЕЛИЧИВАЮТСЯ К ВЕЧЕРУ; УТРОМ – УМЕНЬШАЮТСЯ, СОПРОВОЖДАЮТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ АКРОЦИАНОЗОМ_____	сердечные отеки
13.	ПК-6/ ПК-6.1	УКАЖИТЕ ВИД ОТЕКОВ, ЕСЛИ ОТЕКИ ДИФФУЗНЫЕ, МЯГКИЕ, ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ЛИЦЕ, УВЕЛИЧИВАЮТСЯ УТРОМ, А К ВЕЧЕРУ – УМЕНЬШАЮТСЯ, СОПРОВОЖДАЮТСЯ БЛЕДНОСТЬЮ КОЖИ_____	аллергический отек (отек Квинке)
14.	ПК-6/ ПК-6.1	ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЦИАНОЗА ХАРАКТЕРНО_____	дистальная локализация цианоза, синюшный оттенок кожных покровов (acroцианоз)
15.	ПК-6/ ПК-6.1	ЦИАНОЗ КОЖИ ПОЯВЛЯЕТСЯ, ЕСЛИ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ_____	увеличивается содержание восстановленного гемоглобина (больше 50 г/л)
16.	ПК-6/ ПК-6.1	ХАНТЕРОВСКИЙ (ГУНТЕРОВСКИЙ) ГЛОССИТ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ_____	ярко-красный язык; сосочки атрофированы
17.	ПК-6/ ПК-6.1	АНГУЛЯРНЫЙ СТОМАТИТ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ_____	трещины (заеды) в углах рта
18.	ПК-6/ ПК-6.1	КОЙЛОНИХИИ – ЭТО_____	ложкообразные вдавления ногтей
19.	ПК-6/ ПК-6.1	РІСА СНLOROTІСА – ЭТО_____	извращение вкуса
20.	ПК-6/ПК-6.2	ГРАНИЦЫ ПРИТУПЛЕНИЯ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА НАД ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗОНОЙ В ЛЕГКИХ, РАСПОЛАГАЮЩИЕСЯ ПО КОСОЙ ЛИНИИ ДАМУАЗО, ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОМ СИНДРОМЕ_____	синдром гидроторакса

21.	ПК-6/ПК-6.2	ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ АТЕЛЕКТАЗЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ДЫХАНИЕ_____	ослабленное везикулярное или отсутствует
22.	ПК-6/ПК-6.2	ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПРИТУПЛЕНИЯ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА НАД ЛЕГКИМИ ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ_____	по косой линии Дамуазо
23.	ПК-6/ ПК-6.1	СОСТОЯНИЕ ЛЕГКИХ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ: ПЕРКУТОРНО - ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК, АУСКУЛЬТАТИВНО - ДЫХАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ_____	закрытый пневмоторакс
24.	ПК-6/ПК-6.2.	СОСТОЯНИЕ ЛЕГКИХ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ: ПЕРКУТОРНО - ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК, БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ С МЕТАЛЛИЧЕСКИМ ОТТЕНКОМ_____	открытый пневмоторакс
25.	ПК-6/ПК-6.2.	СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ДОСТОВЕРЕН ПРИ НАЛИЧИИ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ_____	асимметрия грудной клетки; голосовое дрожание и бронхофония отсутствуют; тимпанический перкуторный звук; аускультативно - дыхание не проводится
26.	ПК-6/ПК-6.2.	ДЛЯ СИНДРОМА СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО_____	голосовое дрожание усилено
27.	ПК-6/ПК-6.2.	СОСТОЯНИЕ, КОГДА ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ И БРОНХОФОНΙΑ УСИЛЕНЫ; ПЕРКУТОРНО - ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК; АУСКУЛЬТАТИВНО - ДЫХАНИЕ С АМФОРИЧЕСКИМ ОТТЕНКОМ, ВЛАЖНЫЕ КРУПНОПУЗЫРЧАТЫЕ ХРИПЫ – ЭТО _____	синдром образования полости в легком
28.	ПК-6/ПК-6.2.	ПОСЛЕ ОПОРОЖНЕНИЯ КРУПНОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ_____	амфорическое дыхание
29.	ПК-6/ПК-6.2.	СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО – ЭТО _____	болезненность при поколачивании в области поясницы
30.	ПК-6/ПК-6.2.	БРОНХОФОНΙΑ УСИЛИВАЕТСЯ_____	при уплотнении легочной ткани
31.	ПК-6/ПК-6.2.	БРОНХОФОНΙΑ ОСЛАБЛЯЕТСЯ_____	при эмфиземе
32.	ПК-6/ПК-6.2.	ЭЛЕМЕНТЫ МОКРОТЫ, С _____	эластические волокна

		ДОСТОВЕРНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО _____	
33.	ПК-6/ПК-6.2.	ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ – ЭТО _____	повышение воздушности альвеол и снижение эластичности легочной ткани
34.	ПК-6/ПК-6.3.	ОЦЕНИТЕ РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО: ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ - 1027; МУТНАЯ ЖИДКОСТЬ; ЗЕЛЕНОВАТО- ЖЕЛТОГО ЦВЕТА; БЕЛОК - 60 Г/Л; ПРОБА РИВАЛЬТА +++; МИКРОСКОПИЯ ОСАДКА - НЕЙТРОФИЛЫ ПОКРЫВАЮТ ВСЕ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ _____	гнойный экссудат
35.	ПК-6/ПК-6.1.	ГЛУБОКОЕ ШУМНОЕ РЕДКОЕ ДЫХАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ _____	дыхание Куссмауля
36.	ПК-6/ПК-6.1.	ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЦИАНОЗА ХАРАКТЕРНО _____	диффузный характер цианоза; серый оттенок кожных покровов
37.	ПК-6/ПК-6.2.	САККАДИРОВАННОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ _____	при неравномерных сужениях мелких бронхов
38.	ПК-6/ПК-6.1.	ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ БОЛЬНОЙ ЖАДНО ХВАТАЕТ РТОМ ВОЗДУХ И ИМЕЕТСЯ ОЩУЩЕНИЕ ЗАТРУДНЕННОГО ВДОХА _____	инспираторная одышка
39.	ПК-6/ПК-6.1.	ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ У ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ ОЩУЩЕНИЕ ЗАТРУДНЕННОГО ВЫДОХА _____	экспираторная одышка
40.	ПК-6/ПК-6.1.	ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ИМЕЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ С МЕНЯЮЩЕЙСЯ АМПЛИТУДОЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ И ДЛИТЕЛЬНЫМИ ПЕРИОДАМИ АПНОЭ _____	дыхание Чейн-Стокса
41.	ПК-6/ПК-6.1.	ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ У БОЛЬНОГО, НАХОДЯЩЕГОСЯ В КОМЕ ИМЕЕТСЯ ГЛУБОКОЕ, РЕДКОЕ И ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ _____	дыхание Куссмауля
42.	ПК-6/ПК-6.1.	ЗАБОЛЕВАНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРЕН ОБСТРУКТИВНЫЙ ТИП ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ _____	бронхиальная астма
43.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ _____	отставание в дыхании; увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных

			промежутков
44.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ГИДРОТОРАКСЕ_____	отставание в дыхании; увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков
45.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ_____	бочкообразная грудная клетка
46.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ АТЕЛЕКТАЗЕ_____	западение и отставание в дыхании части грудной клетки
47.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ УПЛОТНЕНИИ ДОЛИ ЛЕГКОГО_____	только отставание половины грудной клетки в дыхании
48.	ПК-6/ПК-6.2.	ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО (СТАДИЯ ПРОРЫВА АБСЦЕССА В БРОНХ И ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛОСТИ)_____	усиление над абсцессом
49.	ПК-6/ПК-6.2.	ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ_____	ослабление с обеих сторон
50.	ПК-6/ПК-6.2.	ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ПРИ РАКЕ КРУПНОГО БРОНХА С ОБТУРАЦИОННЫМ АТЕЛЕКТАЗОМ_____	ослабление над ателектазом
51.	ПК-6/ПК-6.2.	ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ УТОЛЩЕНИЯ ПЛЕВРЫ (ФИБРОТОРАКС)_____	ослабление над областью фиброторакса
52.	ПК-6/ПК-6.2.	ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ (В ЗОНЕ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ)_____	ослабление с одной стороны
53.	ПК-6/ПК-6.2.	ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ (В ЗОНЕ СКОПЛЕНИЯ ВОЗДУХА)_____	ослабление с одной стороны
54.	ПК-6/ПК-6.2.	ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ПРИ БРОНХИТЕ (БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ)_____	отсутствие изменений
55.	ПК-6/ПК-6.2.	ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПРИ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ_____	притупление или тупой звук
56.	ПК-6/ПК-6.2.	ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, ПОЯВЛЯЮЩИЙСЯ НАД ЛЕГКИМИ ПРИ НАЛИЧИИ КРУПНОЙ ГЛАДКОЙ ПОЛОСТИ В ЛЕГКОМ_____	тимпанический звук
57.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ПРИ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ_____	притупление или тупой звук

		(СТАДИЯ РАЗГАРА ЗАБОЛЕВАНИЯ)_____	
58.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ (СТАДИЯ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ)_____	притупление с тимпаническим оттенком
59.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ПРИ СПОНТАННОМ ЗАКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ_____	тимпанический звук
60.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ АТЕЛЕКТАЗЕ_____	притупление звука
61.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ_____	коробочный звук
62.	ПК-6/ПК-6.2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ПРИ СУХОМ ПЛЕВРИТЕ_____	ясный легочный звук
63.	ПК-6/ПК-6.2.	ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ (СТАДИЯ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ)_____	ослабленное везикулярное
64.	ПК-6/ПК-6.2.	ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ (СТАДИЯ РАЗГАРА ЗАБОЛЕВАНИЯ)_____	бронхиальное
65.	ПК-6/ПК-6.2.	ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО (СТАДИЯ ПРОРЫВА АБСЦЕССА В БРОНХ И ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛОСТИ)_____	амфорическое
66.	ПК-6/ПК-6.2.	ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ_____	жесткое
67.	ПК-6/ПК-6.2.	ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ (СТАДИЯ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ)_____	амфорическое
68.	ПК-6/ПК-6.2.	ПОБОЧНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ШУМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПЛЕВРИТА_____	шум трения плевры
69.	ПК-6/ПК-6.2.	ПОБОЧНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ШУМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ (СТАДИЯ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ)_____	крепитация
70.	ПК-6/ПК-6.2.	ОСНОВНОЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ШУМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ (СТАДИЯ РАЗГАРА ЗАБОЛЕВАНИЯ)_____	бронхиальное дыхание над пораженной долей легкого
71.	ПК-6/ПК-6.2.	ПОБОЧНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ШУМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО	крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы

		(СТАДИЯ ПРОРЫВА АБСЦЕССА В БРОНХ И ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛОСТИ)_____	
72.	ПК-6/ПК-6.2.	ПОБОЧНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ШУМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ_____	сухие хрипы
73.	ПК-6/ПК-6.2.	ОСНОВНОЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ШУМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ_____	бронховезикулярное дыхание
74.	ПК-6/ПК-6.2.	ЕСЛИ СПРАВА, НИЖЕ УГЛА ЛОПАТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ И БРОНХОФОНИИ, ПРИТУПЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА, БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ, ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ, ТО ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ БРОНХОЛЕГОЧНЫЙ СИНДРОМ_____	полость в легком; сообщающаяся с бронхом
75.	ПК-6/ПК-6.2.	ЕСЛИ В ПРАВОЙ ПОДЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ И БРОНХОФОНИИ, ПРИТУПЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА, БРОНХОВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ И ВЛАЖНЫЕ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ХРИПЫ, ТО ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ БРОНХОЛЕГОЧНЫЙ СИНДРОМ_____	очаговая инфильтрация легочной ткани

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ			
1.	ПК-6/ПК-6.2.	ЕСЛИ СЛЕВА ОТ СЕРЕДИНЫ ЛОПАТКИ И НИЖЕ, А ТАКЖЕ В ЛЕВОЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ - ТУПОЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, МЕЖРЕБЕРЬЯ СГЛАЖЕНЫ, ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ, ДЫХАНИЕ НА УРОВНЕ УГЛА ЛОПАТКИ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО, А НИЖЕ – ОТСУТСТВУЕТ, ТО ИМЕЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ БРОНХОЛЕГОЧНЫЙ СИНДРОМ а) жидкость в плевральной полости б) воздух в плевральной полости в) долевая инфильтрация легочной ткани г) полость в легком; сообщающаяся с бронхом	а
2.	ПК-6/ПК-6.2.	ДЛЯ ФИБРОТОРАКСА (ЗАРАЩЕНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ) ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ОСНОВНОЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ	а

		ШУМ а) ослабленное везикулярное дыхание б) бронховезикулярное дыхание в) бронхиальное дыхание г) жесткое дыхание	
3.	ПК-6/ПК-6.2.	ОБЛЕГЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОЛОЖЕНИИ ОРТОПНОЭ ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ а) расширения бронхов б) депонирования крови в брюшной полости и в нижних конечностях в) улучшения кровоснабжения мозга г) изменения уровня АД	б
4.	ПК-6/ПК-6.1	ИНСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА – ЭТО а) затруднение вдоха б) затруднение выдоха в) усиление кашлевого рефлекса г) затруднение вдоха и выдоха	а
5.	ПК-6/ПК-6.1.	ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА – ЭТО а) затруднение вдоха б) затруднение выдоха в) усиление кашлевого рефлекса г) затруднение вдоха и выдоха	б
6.	ПК-6/ПК-6.2.	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА а) выслушивание ритма перепела - тона открытия митрального клапана; усиленного (хлопающего) 1 тона на верхушке сердца; усиленного 2 тона на легочной артерии б) выслушивание ослабленного 1 тона на верхушке; выслушивание расщепленного 2 тона на легочной артерии в) выслушивание трех тонов сердца (ритм галопа) г) выслушивание систолического шума на верхушке сердца	а
7.	ПК-6/ПК-6.2.	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) выслушивание усиленного (хлопающего) 1 тона на верхушке сердца б) выслушивание ослабленного 1 тона на верхушке и расщепленного 2 тона на легочной артерии в) выслушивание ритма перепела г) выслушивание ритма галопа	б
8.	ПК-6/ПК-6.2.	АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА а) приглушенные; «бархатные» тоны на верхушке сердца; систолический шум на верхушке; иногда аритмия; глухие тоны сердца; ритм галопа; тахикардия б) приглушение тонов; акцент 2 тона во II	в

		межреберья слева; иногда систолический шум у мечевидного отростка в) ослабление I тона и систолический шум у верхушки сердца; акцент 2 тона во II межреберье слева г) приглушение тонов; иногда систолический шум на верхушке; положительный симптом Сиротинина- Куковерова	
9.	ПК-6/ПК-6.2.	АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА (МИОКАРДИТ; ИНФАРКТ МИОКАРДА) а) приглушенные; «бархатные» тоны на верхушке сердца; систолический шум на верхушке; иногда аритмия; глухие тоны сердца; ритм галопа; тахикардия б) приглушение тонов; акцент 2 тона во II межреберье слева; иногда систолический шум у мечевидного отростка в) ослабление I тона и систолический шум у мечевидного отростка; акцент 2 тона во II межреберье слева г) приглушение тонов; иногда систолический шум на верхушке; положительный симптом Сиротинина-Куковерова	а
10.	ПК-6/ПК-6.2.	АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА а) приглушенные; «бархатные» тоны на верхушке сердца; систолический шум на верхушке; иногда аритмия; глухие тоны сердца; ритм галопа; тахикардия б) приглушение тонов; акцент 2 тона во II межреберье слева; иногда систолический шум у мечевидного отростка в) ослабление I тона и систолический шум у мечевидного отростка; акцент 2 тона во II межреберье слева г) усиление 1 тона на верхушке; щелчок открытия митрального клапана; диастолический шум на верхушке; акцент 2 тона во II межреберье слева	г
11.	ПК-6/ПК-6.2.	АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНОВ АОРТЫ а) приглушенные; «бархатные» тоны на верхушке сердца; систолический шум на верхушке; иногда аритмия; глухие тоны сердца; ритм галопа; тахикардия б) приглушение тонов; акцент 2 тона во II межреберье слева; иногда систолический шум у мечевидного отростка в) ослабление I тона и систолический шум у мечевидного отростка; акцент 2 тона во II межреберье слева г) ослабление 1 тона на верхушке сердца;	г

		ослабление 2 тона и диастолический шум во II межреберье справа; который проводится по груди	
12.	ПК-6/ПК-6.2.	ОСЛАБЛЕНИЕ ОБОИХ ТОНОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ а) толстой грудной клетке у гиперстеников б) тиреотоксикозе в) лихорадке г) гипертонической болезни	а
13.	ПК-6/ПК-6.2.	УСИЛЕНИЕ ОБОИХ ТОНОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ а) толстой грудной клетке у гиперстеников б) атеросклерозе аорты в) лихорадке г) гипертонической болезни	в
14.	ПК-6/ПК-6.3.	ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ИМЕЮТСЯ КРАТКОВРЕМЕННЫЕ СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ЛЕВУЮ РУКУ И ЛОПАТКУ И ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ; КУПИРУЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ НАГРУЗКИ И/ИЛИ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА; ТО РЕЧЬ ИДЕТ О СЛЕДУЮЩЕМ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ а) стенокардии покоя б) стенокардии напряжения в) инфаркте миокарда г) кардиалгии	б
15.	ПК-6/ПК-6.2.	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА а) выслушивание ритма перепела - тона открытия митрального клапана; усиленного (хлопающего) 1 тона на верхушке сердца; усиленного 2 тона на легочной артерии б) выслушивание ослабленного 1 тона на верхушке; выслушивание расщепленного 2 тона на легочной артерии в) выслушивание трех тонов сердца (ритм галопа) г) выслушивание систолического шума на верхушке сердца	г
16.	ПК-6/ПК-6.2.	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) выслушивание усиленного (хлопающего) 1 тона на верхушке сердца б) выслушивание ослабленного 1 тона на верхушке и расщепленного 2 тона на легочной артерии в) выслушивание ритма перепела г) выслушивание ритма галопа	а

17.	ПК-6/ПК-6.2.	АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА а) приглушенные; «бархатные» тоны на верхушке сердца; систолический шум на верхушке; иногда аритмия; глухие тоны сердца; ритм галопа; тахикардия б) приглушение тонов; акцент 2 тона во II межреберья слева; иногда систолический шум у мечевидного отростка в) ослабление I тона и систолический шум у верхушки сердца; акцент 2 тона во II межреберье слева г) приглушение тонов; иногда систолический шум на верхушке; положительный симптом Сиротинина- Куковерова	в
18.	ПК-6/ПК-6.2.	АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА (МИОКАРДИТ; ИНФАРКТ МИОКАРДА) а) приглушенные; «бархатные» тоны на верхушке сердца; систолический шум на верхушке; иногда аритмия; глухие тоны сердца; ритм галопа; тахикардия б) приглушение тонов; акцент 2 тона во II межреберье слева; иногда систолический шум у мечевидного отростка в) ослабление I тона и систолический шум у мечевидного отростка; акцент 2 тона во II межреберье слева г) приглушение тонов; иногда систолический шум на верхушке; положительный симптом Сиротинина-Куковерова	б
19.	ПК-6/ПК-6.2.	АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА а) приглушенные; «бархатные» тоны на верхушке сердца; систолический шум на верхушке; иногда аритмия; глухие тоны сердца; ритм галопа; тахикардия б) приглушение тонов; акцент 2 тона во II межреберье слева; иногда систолический шум у мечевидного отростка в) ослабление I тона и систолический шум у мечевидного отростка; акцент 2 тона во II межреберье слева г) усиление 1 тона на верхушке; щелчок открытия митрального клапана; диастолический шум на верхушке; акцент 2 тона во II межреберье слева	г
20.	ПК-6/ПК-6.2.	АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНОВ АОРТЫ а) приглушенные; «бархатные» тоны на верхушке сердца; систолический шум на верхушке; иногда аритмия; глухие тоны сердца;	а

		ритм галопа; тахикардия б) приглушение тонов; акцент 2 тона во II межреберье слева; иногда систолический шум у мечевидного отростка в) ослабление I тона и систолический шум у мечевидного отростка; акцент 2 тона во II межреберье слева г) ослабление 1 тона на верхушке сердца; ослабление 2 тона и диастолический шум во II межреберье справа; который проводится по груди	
21.	ПК-6/ПК-6.2.	ОСЛАБЛЕНИЕ ОБОИХ ТОНОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ а) толстой грудной клетке у гиперстеников б) тиреотоксикозе в) лихорадке г) гипертонической болезни	в
22.	ПК-6/ПК-6.2.	УСИЛЕНИЕ ОБОИХ ТОНОВ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ а) толстой грудной клетке у гиперстеников б) атеросклерозе аорты в) лихорадке г) гипертонической болезни	а
23.	ПК-6/ПК-6.3.	ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ИМЕЮТСЯ КРАТКОВРЕМЕННЫЕ СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ЛЕВУЮ РУКУ И ЛОПАТКУ И ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ; КУПИРУЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ НАГРУЗКИ И/ИЛИ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА; ТО РЕЧЬ ИДЕТ О СЛЕДУЮЩЕМ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ а) стенокардии покоя б) стенокардии напряжения в) инфаркте миокарда г) кардиалгии	в
24.	ПК-6/ПК-6.2.	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА а) выслушивание ритма перепела - тона открытия митрального клапана; усиленного (хлопающего) 1 тона на верхушке сердца; усиленного 2 тона на легочной артерии б) выслушивание ослабленного 1 тона на верхушке; выслушивание расщепленного 2 тона на легочной артерии в) выслушивание трех тонов сердца (ритм галопа) г) выслушивание систолического шума на верхушке сердца	в

25.	ПК-6/ПК-6.2.	ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) выслушивание усиленного (хлопающего) 1 тона на верхушке сердца б) выслушивание ослабленного 1 тона на верхушке и расщепленного 2 тона на легочной артерии в) выслушивание ритма перепела г) выслушивание ритма галопа	в
-----	--------------	--	---

Раздел 2. Практика диагностического профиля (хирургическая)

Код контролируемой компетенции

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильные ответы
1	ОПК-4/ОПК-4.2	«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____	ангиопульмонография
2	ОПК-4/ОПК-4.2	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НА ОБЗОРНЫХ РЕНТГЕНОГРАММАХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ КОСВЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПАНКРЕАТИТА	выраженный пневматоз кишечника
3	ОПК-4/ОПК-4.2	ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ТАМПОНАДОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ КРОВЯНЫМИ СГУСТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ _____	эпицистостомия
4	ОПК-4/ОПК-4.2	УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ _____	передняя стенка

			луковицы двенадцатиперстной кишки
5	ОПК-4/ОПК-4.2	БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ а) заднего медиастеита б) переднего медиастенита в) не характерны для медиастенита г) переднего и заднего медиастинита	в
6	ОПК-4/ОПК-4.2	ЦЕЛЬ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ_____	в иссечении разрушенных и нежизнеспособных тканей
7	ОПК-4/ОПК-4.2	ГНОЙНЫЙ ТЕНДОВАГИНИТ КАКОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ V-ОБРАЗНОЙ ФЛЕГМОНЫ _____	первого и пятого
8	ОПК-4/ОПК-4.2	НАИБОЛЕЕ БЫСТРО И ЧАСТО РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВОЗНИКАЕТ У _____	стафилококков, эшерихий, протей, синегнойной палочки.
9	ОПК-4/ОПК-4.2	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАСТЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____	оперативное вмешательство
10	ОПК-4/ОПК-4.2	УПРАВЛЯЕМЫЙ ГАСТРОСКОП ИЗОБРЕЛ: а) Мелтзинг б) Келлинг в) Розенхейм г) Берси	б
11	ОПК-4/ОПК-4.2	ГАСТРОСКОПИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫПОЛНЕНА: а) Боссини в 1795 г б) Сегалс в 1826 г в) Дезормо в 1853 г г) Куссмауль в 1868	г
12	ОПК-	АППАРАТ ШИНДЛЕРА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ: а) Металлическую трубку с гибким obturatorом	б

	4/ОПК-4.2	б) Полугибкий линзовый гастроскоп в) Жесткий гастроскоп с электрическим освещением г) Полугибкий гастроскоп с управляемым дистальным концом	
13	ОПК-4/ОПК-4.2	ОПЕРАЦИОННЫЙ ГАСТРОСКОП ВПЕРВЫЕ СОЗДАЛ: а) Шиндлер в 1932 г б) Хеннинг в 1939 г в) Тейлор в 1941 г г) Бенедикт в 1948 г	г
14	ОПК-4/ОПК-4.2	К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ И ДИВЕРТИКУЛИТ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а) характеристики тонуса кишки в области поражения б) протяженности участка поражения в) характеристики размеров суженного участка кишки в динамике г) наличия или отсутствия дивертикулов в области сужения	г
15	ОПК-4/ОПК-4.2	ГИБКИЙ ГАСТРОСКОП ВПЕРВЫЕ ПРИМЕНИЛ: а) Уи б) Бенедикт в) Хеннинг г) Гиршовиц	г
16	ОПК-4/ОПК-4.2	ПОКАЗАНИЯМИ К ПЛАНОВОЙ ЭЗОФАГО-ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а) Для определения источников кровотечения б) Для оценки эффективности лечения в) Для установления локализации процесса г) Для установления диагноза	а
17	ОПК-4/ОПК-4.2	ПОКАЗАНИЯМИ К ЭКСТРЕННОЙ ЭЗОФАГО-ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а) Желудочно-кишечное кровотечение б) Инородное тело в) Перфоративная язва г) На операционном столе	в
18	ОПК-4/ОПК-4.2	АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПЛАНОВОЙ ЭЗОФАГО-ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а) Инфаркта миокарда б) Гемофилии в) Сердечно-сосудистой недостаточности III степени г) Психических заболеваний	г
19	ОПК-4/ОПК-4.2	ДЛЯ МАРКИРОВКИ МЕСТА ЛОКАЛИЗАЦИИ УДАЛЕННОГО ПОЛИПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: а) Бриллиантовая зелень б) Раствор туши в) Индигокармин г) Метиленовый синий	б

20	ОПК-4/ОПК-4.2	ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МАРКИРОВКУ ГРАНИЦ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПЕРЕД ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ НИЖЕ ОПЕРАЦИЯМИ, ИСКЛЮЧАЯ: а) Резекцию 2/3 желудка б) Антрумэктомию в) Антрумэктомию с ваготомией г) Селективную проксимальную ваготомию	а
21	ОПК-4/ОПК-4.2	ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗОНДА В ТОНКУЮ КИШКУ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ СЛУЖАТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а) Недостаточности швов анастомоза б) Несостоятельности анастомоза с явлениями перитонита в) Стенозирующих опухолей пищевода, желудка и 12- перстной кишки с выраженными нарушениями пассажа пищи г) Резко выраженного рубцового стеноза гастро- энтероанастомоза	б
22	ОПК-4/ОПК-4.2	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ЗОНДА В ТОНКУЮ КИШКУ СЛУЖИТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ: а) Несостоятельность анастомозов с явлениями перитонита б) Повреждение стенки полого органа с явлениями перитонита в) Повреждение стенки полого органа с развитием гнойного плеврита г) У больных после повторной лапаротомии по поводу недостаточности внутрибрюшного анастомоза	г
23	ОПК-4/ОПК-4.2	ПЕРЕД КОЛОНОСКОПИЕЙ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ: а) Обзорную рентгенографию брюшной полости б) Ирригоскопию в) Пассаж бария по кишечнику г) Ректороманоскопию	г
24	ОПК-4/ОПК-4.2	В ОТНОШЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРАВИЛЬНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: а) Колоноскопия является первичным методом исследования толстой кишки б) Колоноскопия выполняется после проведения ирригоскопии в) Колоноскопия должна подразумевать тотальный осмотр толстой кишки г) Колоноскопия является самостоятельным методом исследования	б
25	ОПК-4/ОПК-4.2	КОЛОНОСКОПИЯ НЕ ПОКАЗАНА: а) При анемии б) При раке яичника в) При полипе желудка г) При дизентерии	г
26	ОПК-	ОСМОТР ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА	г

	4/ОПК-4.2	ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН: а) При неспецифическом язвенном колите б) При диффузном полипозе толстой кишки в) При неустановленном источнике кишечного кровотечения г) При всех перечисленных заболеваниях	
27	ОПК-4/ОПК-4.2	ПРИ ЭКСТРЕННОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ: а) Ректороманоскопии б) Ирригоскопии в) Селективной ангиографии г) Диагностической колоноскопии	б
28	ОПК-4/ОПК-4.2	ПОКАЗАНИЯМИ К ВЫПОЛНЕНИЮ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОНТРАСТОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: а) Выяснения природы сужения толстой кишки б) Уточнения протяженности сужения в) Изучения тонко-толстокишечных анастомозов г) Уточнения характера ранее выполненной операции на толстой кишке	г
29	ОПК-4/ОПК-4.2	ПОКАЗАНИЯМИ К ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) Дивертикулез толстой кишки, осложненный дивертикулитом б) Кишечное кровотечение с неустановленным источником в) Неспецифический язвенный колит, осложненный кровотечением г) Болезнь Крона в фазе стриктурирования	б
30	ОПК-4/ОПК-4.2	К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ, СВЯЗАННЫМ С ПОДГОТОВКОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ К ИССЛЕДОВАНИЮ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а) Заворота толстой кишки б) Гиповолемии в) Дегидратации г) Инфаркта миокарда	а
31	ОПК-4/ОПК-4.2	ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ ПОКАЗАНА: а) При подозрении на паразитарную кисту печени б) При подозрении на хронический активный гепатит в) При метастазах печени г) При подозрении на склерокистоз яичников	б
32	ОПК-4/ОПК-4.2	АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА: а) Дермоид яичников б) Сифилис печени в) Лимфому селезенки г) Гемангиому печени	г
33	ОПК-	ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ВОЗНИКШЕГО	а

	4/ОПК-4.2	ПРИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ, НЕОБХОДИМО: а) Удалить пневмоперитонеум и прижать переднюю брюшную стенку к кровоточащей ране печени или прижать пункционную рану печени лапароскопом или пальпатором б) Пломбировать пункционную рану печени клеем МК-6 в) Остановить кровотечение из пункционной раны печени аппликацией ферракрила г) Коагулировать пункционную рану печени	
34	ОПК-4/ОПК-4.2	ПОКАЗАНИЕМ К ЩИПЦЕВОЙ БИОПСИИ ВО ВРЕМЯ БРОНХОФИБРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) Отек слизистой оболочки бронха б) Гнойный секрет в устье бронха в) Гемангиома г) Центральный рак легкого	г
35	ОПК-4/ОПК-4.2	ОСЛОЖНЕНИЕМ ЩИПЦЕВОЙ БИОПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ: _____	Кровотечение
36	ОПК-4/ОПК-4.2	ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО ПОКАЗАНА: _____	Щипцевая биопсия под рентгенологическим контролем
37	ОПК-4/ОПК-4.2	ПЕРВЫМ ПРИМЕНИЛ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ОСМОТР ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: _____	Д.О.Отт 1901 г в
38	ОПК-4/ОПК-4.2	ВПЕРВЫЕ ПРИМЕНИЛ ЦВЕТНЫЕ РИСУНКИ ДЛЯ ИЛЛЮСТРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СЕМИОТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ: _____	Корбш 1922 г в
39	ОПК-4/ОПК-4.2	В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ МЕТОД ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВНЕДРИЛ: _____	Якобеус 1910 г в
40	ОПК-4/ОПК-4.2	ОПТИЧЕСКИЙ ПРИБОР ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИМЕНИЛ: _____	Келлинг 1901 г в
41	ОПК-4/ОПК-4.2	СПЕЦИАЛЬНЫЙ ЛАПАРОСКОП С ОПТИКОЙ И ОСВЕЩЕНИЕМ ПРИМЕНИЛ: _____	Кальк 1929 г в
42	ОПК-4/ОПК-4.2	ПЕРВЫМ ИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ УЧЕНЫХ ОПУБЛИКОВАЛ МОНОГРАФИЮ ПО ЛАПАРОСКОПИИ: _____	А.С.Орловский в 1937 г
43	ОПК-4/ОПК-4.2	ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: _____	Морфологической структуры опухоли
44	ОПК-4/ОПК-4.2	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПЛАНОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ: _____	Дивертикулиты 12-перстной

			кишки
45	ОПК-4/ОПК-4.2	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПЛАНОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Выяснения причины острой кишечной непроходимости
46	ОПК-4/ОПК-4.2	ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Желтухи неясного генеза
47	ОПК-4/ОПК-4.2	ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ: _____	Синдрома Алена - Мастерса
48	ОПК-4/ОПК-4.2	ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Алкогольного опьянения
49	ОПК-4/ОПК-4.2	ПЛАНОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ: _____	Поликистоз яичников
50	ОПК-4/ОПК-4.2	ПЛАНОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ: _____	Папиллярных серозных кистом яичников

Код контролируемой компетенции

ПК-5. Способен собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра, лабораторные, инструментальные, патолого-анатомические и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.

51	ПК-5/ПК-5.1	УРГЕНТНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Субкапсулярных гематом печени
52	ПК-5/ПК-5.1	ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ: _____	Лимфаденит брыжейки кишки
53	ПК-5/ПК-5.1	ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ: _____	Тромбоз печеночных вен
54	ПК-5/ПК-5.1	ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОМЕНТАХ, ИСКЛЮЧАЯ: _____	Рентгенологически установленный отключенный желчный

			пузырь
55	ПК-5/ПК-5.1	ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТО-ХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ, ИСКЛЮЧАЯ:	Дифференцирование видов холангита
56	ПК-5/ПК-5.1	ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ: _____	Накануне лапароскопии и выполнить обзорную рентгеноскопию брюшной полости
57	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ЭКСТРЕННОЙ ЛАПАРОСКОПИИ, КРОМЕ: _____	Дать выпить метиленовый синий
58	ПК-5/ПК-5.1	ЧЕРЕЗ КАКОЙ ОРИЕНТИР ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ПУНКЦИОННАЯ ИГЛА ПРОВОДИТСЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ: _____	Над лобком по белой линии живота
59	ПК-5/ПК-5.1	КАКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ, НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ И НАЛОЖЕНИИ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА: _____	Иглодержатель
60	ПК-5/ПК-5.1	КАКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ, НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИИ:	Окончатый мягкий зажим
61	ПК-5/ПК-5.1	ЧЕРЕЗ КАКИЕ ТОЧКИ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТО-ХОЛАНГИОГРАФИИ: _____	Переходящую складку между стенкой желчного пузыря и задней поверхностью печени
62	ПК-5/ПК-5.1	В КАКОМ РАСТВОРЕ СТЕРИЛИЗУЕТСЯ ЛАПАРОСКОП: _____	В растворе хлоргексидина
63	ПК-5/ПК-5.1	ГДЕ СТЕРИЛИЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ: _____	В сухожаровых камерах
64	ПК-5/ПК-5.1	КАК ВВОДИТСЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ЛАПАРОСКОП: _____	Под контролем зрения

65	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ: _____	Ранорасширитель
66	ПК-5/ПК-5.1	ЧЕРЕЗ КАКОЙ ДОСТУП ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ТРОАКАР ПРОВОДИТСЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ: _____	В правом подреберье
67	ПК-5/ПК-5.1	КАКОЙ НАИМЕНЕЕ ОПАСНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА: _____	На 2 см ниже пупка и 1 см вправо от белой линии живота
68	ПК-5/ПК-5.1	ЧЕМ ПРОВЕДЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ТРОАКАРА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ОБЛЕГЧАЕТСЯ, КРОМЕ: _____	Рассечения брюшины
69	ПК-5/ПК-5.1	В КАЧЕСТВЕ ОБЪЕМНОЙ СРЕДЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ ЧТО НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ: _____	Фурацилин
70	ПК-5/ПК-5.1	ЧЕРЕЗ КАКУЮ ТОЧКУ ДЛЯ ОСМОТРА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРОВОДИТСЯ ЛАПАРОСКОП В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ: _____	В точке Мак-Бурнея
71	ПК-5/ПК-5.1	КАКИМ ОРИЕНТИРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ЛАПАРОСКОПА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ДЛЯ ОСМОТРА СУБКАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА: _____	Через левое подреберье латеральнее наружного края мышцы живота
72	ПК-5/ПК-5.1	КАК ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВОДИТЬ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ЛАПАРОСКОП: _____	Через нижнюю левую точку Калька
73	ПК-5/ПК-5.1	КАК ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ТРОАКАР В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВОДИТЬ: _____	В левой верхней точке Калька
74	ПК-5/ПК-5.1	ЕСЛИ ОПТИКА НА ДИСТАЛЬНОМ КОНЦЕ ЛАПАРОСКОПА ЗАГРЯЗНИЛАСЬ КРОВЬЮ ИЛИ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ, ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ: _____	Протереть лапароскоп о большой салник, промыть физиологическим раствором, протереть салфеткой
75	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ВОЗМОЖНО ОСМОТРЕТЬ:	Надпочечники
76	ПК-5/ПК-5.1	КАК ПОМОЧЬ БОЛЬНОМУ, ЕСЛИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ ВОЗНИКЛА	Поднять головной

		РВОТА:_____	конец стола
77	ПК-5/ПК-5.1	ИЗ КАКОГО ДОСТУПА МОЖНО ОСМОТРЕТЬ АБДОМИНАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ПИЩЕВОДА:_____	Из левого подреберья латеральное наружного края прямой мышцы живота
78	ПК-5/ПК-5.1	ПРИ КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ХОРОШО ДОСТУПЕН ОСМОТРУ:_____	На левом боку с приподнятым головным концом стола
79	ПК-5/ПК-5.1	ПРИ КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО ЖЕЛУДОК ХОРОШО ДОСТУПЕН ОСМОТРУ:_____	На спине с приподнятым головным концом стола
80	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ ДЛЯ ОСМОТРА КОНТУРОВ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА:	Больному придать положение, обратное Тренделенбургу, Приподнять нижний край 4-го сегмента печени, Антральный отдел желудка сместить дистально
81	ПК-5/ПК-5.1	ПРИ КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО МОЖНО ОСМОТРЕТЬ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНУЮ КИШКУ:_____	На спине с опущенным головным концом стола при смещении большого сальника орально
82	ПК-5/ПК-5.1	КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ ОСМОТРА ПОЗАДИМАТОЧНО- ПРЯМОКИШЕЧНОГО ПРОСТРАНСТВА:_____	Положение Тренделенбурга с поворотом больного на левый бок
83	ПК-5/ПК-5.1	К КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРОТИВОПОКАЗАНА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ШИПЦОВАЯ	При подозрении

		БИОПСИЯ: _____	на внутриутроб ную эктопию плодного яйца
84	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ВОЗНИКШЕГО ПРИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ: _____	Удалить пневмоперитонеум и прижать переднюю брюшную стенку к кровотокающей ране печени или прижать пункционную рану печени лапароскопом или пальпатором
85	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО ОТНОСЯТСЯ К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ: _____	ангиография
86	ПК-5/ПК-5.1	КАКАЯ ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ ПРИ ПРЯМОМ КОНТРАСТИРОВАНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: _____	25% концентрация от стандартного заводского приготовления
87	ПК-5/ПК-5.1	В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ЗАПОЛНЕНИЕ КОНТРАСТОМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРОИСХОДИТ ЛУЧШЕ: _____	Лежа на спине с опущенным головным концом стола
88	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ЛУЧШЕМУ ЗАПОЛНЕНИЮ КОНТРАСТОМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИИ: _____	Морфин
89	ПК-5/ПК-5.1	ГДЕ РАСПОЛОЖЕНА ТИПИЧНАЯ ТОЧКА ДЛЯ ТОРАКОЦЕНТЕЗА: _____	В IV межреберье кпереди от средне-подмышечной линии

90	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОРИЕНТИРОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ ТОРАКОСКОПА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ: _____	Пищевод
91	ПК-5/ПК-5.1	ПРИ ТОРАКОСКОПИИ ЧТО НЕ ПОДЛЕЖИТ ОЦЕНКЕ: _____	Состояния сегментарных бронхов
92	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО НЕДОСТУПНО ОСМОТРУ ПРИ ТОРАКОСКОПИИ: _____	Поверхность сегмента CVII
93	ПК-5/ПК-5.1	КТО ВПЕРВЫЕ РАЗРАБОТАЛ МЕТОД МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Карленс в 1959 г
94	ПК-5/ПК-5.1	В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПОКАЗАНА МЕДИАСТИНОСКОПИЯ: _____	При увеличении лимфоузлов средостения
95	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Синдром верхней полой вены
96	ПК-5/ПК-5.1	КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕДИАСТИНОСКОПИИ ВОЗНИКАЕТ: _____	Кровотечение
97	ПК-5/ПК-5.1	ЧТО ДОЛЖЕН СДЕЛАТЬ ВРАЧ ПРИ РАНЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВО ВРЕМЯ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Торакотомию
98	ПК-5/ПК-5.1	В КАКИХ УСЛОВИЯХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕДИАСТИНОСКОПИЯ: _____	В стационаре в условиях операционной
99	ПК-5/ПК-5.1	КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Лежа на спине с валиком под плечами
100	ПК-5/ПК-5.1	КАКОВА ДЛИНА МЕДИАСТИНОСКОПА, ПРИМЕНЯЕМОГО ПРИ РАСШИРЕННОЙ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	250 мм

Код контролируемой компетенции

ПК-6 Способен определять у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.
 На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.

101	ПК-6/ПК-6.1	СКОЛЬКО АНАТОМИЧЕСКИХ ОРИЕНТИРОВ СУЩЕСТВУЕТ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Три анатомических ориентира
102	ПК-6/ПК-6.1	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ПРИ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Яремная вырезка
103	ПК-6/ПК-6.1	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ПРИ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Трахея
104	ПК-6/ПК-6.1	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ТРЕТЬИМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ПРИ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Грудино-подъязычная мышца
105	ПК-6/ПК-6.1	КАКИЕ ОТДЕЛЫ, НЕДОСТУПНЫ ОСМОТРУ ПРИ "КЛАССИЧЕСКОЙ" МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Корни обоих легких
106	ПК-6/ПК-6.1	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ЗОНДА В ТОНКУЮ КИШКУ: _____	У больных после повторной лапаротомии и по поводу недостаточности внутрибрюшного анастомоза
107	ПК-6/ПК-6.1	КАКИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ ИНСУФФЛЯЦИИ ГАЗА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ: _____	Газовая эмболия, Пневмоторакс, Компрессия полой вены
108	ПК-6/ПК-6.1	КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОЗМОЖНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ: _____	Гипотензию, Желудочная регургитация, Боль в плече
109	ПК-6/ПК-6.1	КАКИЕ КОМПОНЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ: _____	донор, реципиент, транспланта

			т
110	ПК-6/ПК-6.1	ВИДЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ: _____	аутоотрансплантация, аллотрансплантация, ксенотрансплантация, эксплантация
111	ПК-6/ПК-6.1	АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО: _____	пересадка тканей в пределах одного организма
112	ПК-6/ПК-6.1	АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО ПЕРЕСАДКА МАТЕРИАЛА: _____	между двумя организмами одного вида
113	ПК-6/ПК-6.1	СИНОНИМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ: _____ КСЕНО-	гомотрансплантация
114	ПК-6/ПК-6.1	ПЕРЕСАДКА ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ МЕЖДУ ОРГАНИЗМАМИ РАЗНОГО ВИДА НАЗЫВАЕТСЯ: _____	ксенотрансплантация
115	ПК-6/ПК-6.1	ЭКСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО: _____	пересадка материала из организма в искусственную среду
116	ПК-6/ПК-6.1	МАТЕРИАЛ, НЕИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ: _____ -	целые органы, полученные от реципиента
117	ПК-6/ПК-6.1	МАТЕРИАЛ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ: _____	здоровая ткань
118	ПК-6/ПК-6.1	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ТРАНСПЛАНТИРУЕМЫЕ ОРГАНЫ И ТКАНИ: _____	почки, кожа
119	ПК-6/ПК-6.1	ПЕРЕСАДКУ ТРУПНОГО СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКУ ВПЕРВЫЕ ОСУЩЕСТВИЛ: _____	К.Бернард
120	ПК-6/ПК-6.1	ПЕРЕСАДКУ ИСКУССТВЕННОГО СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКУ ВПЕРВЫЕ ОСУЩЕСТВИЛ: _____	У.Дебриз
121	ПК-6/ПК-6.1	ДВУХЭТАПНУЮ ПЕРЕСАДКУ ИСКУССТВЕННОГО И ТРУПНОГО СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКУ ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ: _____ -	В.И.Шумаков

122	ПК-6/ПК-6.1	ТКАНЕВАЯ НЕСОВМЕСТИМОСТЬ – ЭТО: _____	иммунологическая несовместимость тканей донора и реципиента, приводящая к отторжению трансплантата
123	ПК-6/ПК-6.1	КРИТИЧЕСКИЙ СРОК ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ: _____	18 – 21 день
124	ПК-6/ПК-6.1	МЕХАНИЗМ, ЛЕЖАЩИЙ В ОСНОВЕ ТКАНЕВОЙ НЕСОВМЕСТИМОСТИ: _____	механизм иммунологической защиты
125	ПК-6/ПК-6.1	СИНОНИМ ТОЛЕРАНТНОСТИ: _____ ТКАНЕВОЙ	совместимость тканей донора и реципиента
126	ПК-6/ПК-6.1	АВТОРЫ МЕТОДА ФОРМИРОВАНИЯ ТКАНЕВОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ: _____	П .Медавар и М.Гашек
127	ПК-6/ПК-6.1	АУТОТРАНСПЛАНТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ: _____	Злокачественных опухолей паращитовидных желез
128	ПК-6/ПК-6.1	СИНГЕННОЙ ПЕРЕСАДКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ: _____	Пересадка, при которой донор и реципиент однояйцевые близнецы
129	ПК-6/ПК-6.1	ПЕРЕСАДКА ПОЧЕК ПОКАЗАНА СЛЕДУЮЩЕМУ КОНТИНГЕНТУ БОЛЬНЫХ, КРОМЕ: _____	Больным со злокачественными заболеваниями
130	ПК-6/ПК-6.1	САМОЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПЕРЕСАДКЕ ПОЧЕК: _____	Синдром Иценко-Кушинга
131	ПК-6/ПК-6.1	ЧЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕАКЦИЯ ОТТОРЖЕНИЯ СЕРДЦА НА ЭКГ: _____	Признаки острой сердечной ишемии
132	ПК-6/ПК-6.1	ПОКАЗАНИЯМИ К ПЕРЕСАДКЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Метастаз злокачественности

			нных опухолей в печени
133	ПК-6/ПК-6.1	ТЕСТИРОВАНИЕ ПО КРИТЕРИЮ НЕ ИМЕЕТ НЛА РЕШАЮЩЕГО ЗНАЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕСАДКЕ: _____	Сердца
134	ПК-6/ПК-6.1	ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕСАДКЕ ПОЧЕК: _____	Терминальн ая стадия хроническо й почечной недостаточн ости у пациентов, которым был произведен гемодиализ
135	ПК-6/ПК-6.1	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПЕРЕСАДКЕ СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Кардиомиоп атии с тяжелыми проявления ми сердечной недо- статочности
136	ПК-6/ПК-6.1	САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОТЕРИ ФУНКЦИИ ПЕРЕСАЖЕННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ: _____	Хроническа я реакция сосудистого отторжения транспланта та
137	ПК-6/ПК-6.1	РАННИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ПЕРЕСАДКЕ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Синдрома Иценко- Кушинга
138	ПК-6/ПК-6.1	В СОВРЕМЕННОЙ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИММУНОСУПРЕССИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Цисплатину ма
139	ПК-6/ПК-6.1	ПРИНЦИПИАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС АНТИГЕНОВ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ЗАКОДИРОВАН В: _____	В 6-ой паре хромосом
140	ПК-6/ПК-6.1	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ СКРИНИНГ-ТЕСТ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: _____	цитологичес кое исследовани е мазков с поверхности шейки матки и канала шейки матки

141	ПК-6/ПК-6.1	ДИАГНОЗ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ: _____	гистологическое исследование биоптата шейки матки и соскоба эндоцервикса
142	ПК-6/ПК-6.1	МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЗАРАЩЕНИЯ МОЧЕВОГО ПРОТОКА (УРАХУСА): _____	цистография + фистулография
143	ПК-6/ПК-6.1	ПРИЗНАКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ НА ОБЗОРНОЙ УРОГРАММЕ: _____	участки обызвествления почечной ткани
144	ПК-6/ПК-6.1	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ: _____	экскреторная урография
145	ПК-6/ПК-6.1	ПРИ ВНУТРИБРЮШИНЫХ РАЗРЫВАХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НЕ ПРОВОДИТСЯ: _____	УЗИ мочевого пузыря
146	ПК-6/ПК-6.1	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ: _____	ретроградная уретрография
147	ПК-6/ПК-6.1	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ПРИЗНАК ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК НА АРТЕРИОГРАММЕ: _____	беспорядочное скопление контрастного вещества в опухоли
148	ПК-6/ПК-6.1	НАЗОВИТЕ ВЕДУЩИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: _____	цистоскопия + биопсия
149	ПК-6/ПК-6.1	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РЕНТГЕННЕГАТИВНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ: _____	ретроградная пневмоуретропиелография с кислородом или углекислым газом
150	ПК-6/ПК-6.1	НАЗОВИТЕ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПОЧЕЧНУЮ КОЛИКУ ОТ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: _____	хромоцистоскопия

Вопросы для проверки теоретических знаний по производственной практике

«Практика диагностического профиля»

Раздел 1. Практика диагностического профиля (терапевтическая)

Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы к зачету по производственной практике «Практика диагностического профиля»
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	1. Схема истории болезни. Значение истории болезни как научно-медицинского документа.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	2. Структура предварительного и клинического диагнозов. Требования к обоснованию диагноза. Понятие о синдромальном диагнозе и патологоанатомическом диагнозе.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	3. Объективное (физикальное) обследование больного: последовательность обследования систем внутренних органов, диагностическое значение.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	4. Общий осмотр больного: последовательность обследования, оцениваемые параметры, диагностическое значение. Оценка жизненно-важных показателей
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	5. Объективное (физикальное) обследование дыхательной системы: последовательность обследования, оцениваемые параметры. Патологические типы дыхания. Диагностическое значение.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	6. Объективное (физикальное) обследование сердечно-сосудистой системы: последовательность обследования, оцениваемые параметры.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	7. Объективное (физикальное) обследование пищеварительной системы: последовательность обследования, оцениваемые параметры.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	8. Объективное (физикальное) обследование мочевыделительной системы: последовательность обследования, оцениваемые параметры.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	9. Объективное (физикальное) обследование кроветворной системы: последовательность обследования, оцениваемые параметры.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	10. Функциональные методы исследования системы органов дыхания. Бодиплетизмография. Спирография с бронходилатационным тестом, пикфлоуметрия: диагностическое значение в диагностике ХОБЛ и бронхиальной астмы.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	11. Лучевые методы исследования в диагностике терапевтических заболеваний органов дыхания: рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография органов грудной клетки, ПЭТ/КТ ОГК, пульмоноангиография, бронхография, УЗИ легких и плевральных полостей.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	12. Эндоскопические методы исследования в диагностике терапевтических заболеваний органов дыхания: фибробронхоскопия, торакоскопия. Методы и диагностические возможности пункционной биопсии легких, бронхов, внутригрудных лимфузлов. Метод и диагностические

	возможности исследования бронхоальвеолярного лаважа.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	13. Радионуклидные методы исследования в диагностике терапевтических заболеваний органов дыхания.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	14. Диагностическое значение исследования мокроты: общий анализ, бактериологическое исследование. Признаки инфекционного и аллергического воспаления дыхательных путей в общем анализе мокроты.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	15. Методика плевральной пункции: лечебно-диагностическое значение, показания и противопоказания. Отличия экссудата от трансудата. Особенности плеврального выпота при нагноительных заболеваниях органов грудной клетки, раковом поражении плевры.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	16. Синдром компрессионного и обтурационного уплотнения легких (ателектаза). Симптоматология и диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	17. Симптом легочного кровохаркания при заболеваниях органов дыхания. Симптоматология и диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	18. Сухой плеврит. Синдром фиброторакса (уплотнения плевры, шварты). Симптоматология. Рентгенологическая диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	19. Острая и хроническая дыхательная недостаточность. Симптоматология. Классификация дыхательной недостаточности по степени тяжести. Значение проведения пульсоксиметрии и анализа газового состава крови для оценки степени дыхательной недостаточности (по выраженности одышки, по значению сатурации кислорода крови). Понятие о респираторном дистресс-синдроме взрослых.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	20. Долевая и очаговая пневмония. Абсцесс легкого. Симптоматология (жалобы пациентов, основные клинические симптомы и синдромы). Лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	21. Острый и хронический простой бронхит. Симптоматология (жалобы пациентов, основные клинические симптомы и синдромы). Лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	22. Бронхиальная астма. Симптоматология (жалобы пациентов, основные клинические симптомы и синдромы). Роль анамнеза и наследственности в диагностике. Клинические стадии астма-статуса. Лабораторная и инструментальная диагностика бронхиальной астмы.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	23. Рак легких. Симптоматология (жалобы пациентов, основные клинические симптомы и синдромы). Лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	24. Бронхоэктатическая болезнь. Симптоматология (жалобы пациентов, основные клинические симптомы и синдромы). Лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	25. Хроническая обструктивная болезнь легких. Симптоматология (жалобы пациентов, основные клинические симптомы и синдромы). Лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	26. Обследование сосудистой системы. Диагностическое значение симптомов Сиротинина–Куковерова, Виноградова–Дюрозье, Мюссе, «пляски каротид», положительного и отрицательного венного пульса
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	27. Правила, методика и оценка результатов измерения артериального давления. Классификация артериальной гипертензии.
ОПК-4; ПК-5;	28. Методика регистрации ЭКГ. Последовательность расшифровки ЭКГ. План ЭКГ-заключения. Основные показатели ЭКГ у здорового

ПК-6	взрослого человека.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	29. Синдром сердечной астмы (острой левожелудочковой недостаточности). Симптоматология и диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	30. Синдром острой сосудистой недостаточности (обморок, шок, коллапс). Симптоматология и диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	31. Недостаточность митрального клапана: симптоматология и диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	32. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия: симптоматология и диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	33. Стеноз устья аорты: симптоматология и диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	34. Недостаточность клапанов аорты: симптоматология и диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	35. Острая и хроническая сердечная недостаточность: симптоматология и диагностика. Биохимические маркеры сердечной недостаточности (мозговой натрийуретический пептид и др.).
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	36. Фибрилляция предсердий и желудочков. Симптоматология. ЭКГ-признаки.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	37. Острое и хроническое легочное сердце. Симптоматология. ЭКГ-признаки.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	38. Предсердная и желудочковая экстрасистолическая аритмия. Симптоматология. ЭКГ-признаки.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	39. Атриовентрикулярная блокада сердца. ЭКГ-признаки. Симптоматология. Понятие о периоде Самойлова-Векенбаха и синдроме Морганьи-Адамса-Стокса.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	40. Пароксизмальная предсердная и желудочковая тахикардия. Симптоматология. ЭКГ-признаки.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	41. ЭКГ-диагностика гипертрофии различных отделов сердца.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	42. Синдром кардиалгии при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Отличие от стенокардитического болевого приступа.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	43. Атеросклероз: клинические проявления, биохимические маркеры крови, инструментальная диагностика (внутрисосудистое ультразвуковое исследование, метод когерентной оптической томографии сосудов).
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	44. ИБС. Инфаркт миокарда. Симптоматология. Атипичные клинические варианты. Лабораторная и ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Диагностическое значение коронароангиографии.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	45. ИБС. Стенокардия. Симптоматология. ЭКГ-диагностика ишемии миокарда. Лучевые и радионуклидные методы исследования в диагностике жизнеспособности миокарда (ПЭТ/КТ сердца,

	радионуклидная сцинтиграфия миокарда)
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	46. Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии. Особенности симптоматологии нефрогенной артериальной гипертензии. Лабораторная и инструментальная диагностика артериальной гипертензии.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	47. Функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы. Диагностическое значение проб с дозированной физической нагрузкой, мониторингирования ЭКГ по Холтеру, стресс-эхокардиографии.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	48. Диагностическое значение исследования функционального состояния органов пищеварения.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	49. Диагностическое значение лучевых, эндоскопических и радионуклидных методов исследования органов пищеварения.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	50. Значение биохимических исследований крови в диагностике заболеваний органов пищеварения. Биохимические маркеры повреждения поджелудочной железы. Лабораторные гепатобилиарные синдромы (мезенхимально-воспалительный, малый печечно-клеточный, цитолитический). Биохимическая диагностика желтух.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	51. Значение копрологического исследования в диагностике заболеваний органов пищеварения. Кoproлогические критерии желудочной, панкреатической и кишечной диспепсии. Особенности копрограммы при различных видах желтух.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	52. Хронический гастрит. Симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	53. Желчнокаменная болезнь. Синдромы желчной колики и холестаза. Симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	54. Хронический панкреатит. Симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	55. Язвенная болезнь желудка и двенадцатипёрстной кишки. Симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	56. Гепатиты. Симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	57. Желудочное и кишечное кровотечение. Клинические проявления.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	58. Циррозы печени. Синдром портальной гипертензии. Симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	59. Симптоматология и диагностика энтеритов и колитов. Синдромы мальабсорбции и мальдигестии. Синдром раздраженной толстой кишки.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	60. Хронический бескаменный холецистит. Симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	61. Синдром печеночной недостаточности и комы. Симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5;	62. Диагностическое значение и методика общего анализа мочи.

ПК-6	Исследование мочи по Нечипоренко, диагностическое значение при гломерулонефритах и пиелонефритах. Понятие о мочевом синдроме.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	63. Функциональные методы исследования мочевыделительной системы. Диагностическое значение и методика анализа мочи по Зимницкому. Значение показателя скорости клубочковой фильтрации в оценке экскреторной функции почек
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	64. Лучевые методы исследования в диагностике заболеваний мочевыделительной системы: рентгенография и компьютерная томография органов брюшной полости, экскреторная урография, нефроангиография, УЗИ почек и мочевого пузыря.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	65. Радионуклидные методы исследования в диагностике заболеваний мочевыделительной системы: радионуклидная сцинтиграфия почек, радионуклидная ренография.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	66. Синдром почечной недостаточности. Уремия. Почечная кома. Симптоматология и диагностика. Биохимические маркеры почечной недостаточности.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	67. Нефротический синдром: симптоматология, клинико-лабораторные диагностические критерии.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	68. Хронический пиелонефрит. Симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	69. Острый и хронический гломерулонефриты. Основные симптомы и синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	70. Мочекаменная болезнь. Синдром почечной колики. Симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	71. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Симптоматология и диагностика. Значение серологических исследований крови и метода ПЦР в постановке диагноза.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	72. Клинический анализ крови. Диагностическое значение лабораторных изменений красной крови и лейкоцитарной формулы.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	73. Симптоматология и лабораторная диагностика железодефицитной анемии.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	74. Симптоматология и лабораторная диагностика гемолитической анемии.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	75. Симптоматология и лабораторная диагностика В ₁₂ - дефицитной анемии.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	76. Острый лейкоз. Симптоматология. Диагностическое значение анализа периферической крови, исследования костного мозга.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	77. Хронический лимфолейкоз. Симптоматология. Диагностическое значение анализа периферической крови.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	78. Хронический миелолейкоз. Симптоматология. Диагностическое значение анализа периферической крови.
ОПК-4; ПК-5;	79. Сахарный диабет 1 и 2 типа. Симптоматология. Диагностическое значение исследования сахара крови натощак, гликозилированного

ПК-6	гемоглобина, сахарной кривой.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	80. Особенности обследования пациентов с нарушением обмена веществ. Алиментарное и гипотизарное ожирение. Симптоматология и диагностика. Значение антропометрических исследований в оценке степени ожирения.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	81. Тиреотоксикоз: симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	82. Гипотиреоз: симптоматология, лабораторная и инструментальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	83. Особенности обследования пациентов с аллергическими заболеваниями. Структура аллергологического анамнеза. Симптоматология и диагностика острой крапивницы, отека Квинке, анафилактического шока.

Раздел 2. Практика диагностического профиля (хирургическая)

Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Вопросы к зачету по дисциплине «ПРАКТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ»
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	1. Хронический панкреатит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	2. Кисты и свищи поджелудочной железы. Патанатомия, клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	3. Постхолецистэктомический синдром. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	4. Постхолецистэктомический синдром. Причины. Клиника, диагностика. Специальные методы исследования.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	5. Гастродуоденальные кровотечения, этиология, патогенез, клиника, диагностика
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	6. Гастродуоденальные кровотечения. Методы диагностики.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	7. Спаечная болезнь брюшины, этиопатогенез, классификация, методы диагностики
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	8. Спаечная болезнь брюшины, клинические проявления в зависимости от формы болезни.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	9. Послеоперационные вентральные грыжи, этиопатогенез, классификация, осложнения

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	10. Послеоперационные вентральные грыжи, методы исследования, принципы предоперационной подготовки
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	11. Послеоперационные вентральные грыжи, выбор метода оперативного лечения
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	12. Синдром "острого живота" в хирургии
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	13. Осложнения аппендэктомии, классификация, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	14. Ишемическая болезнь органов пищеварения, этиопатогенез, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	15. Облитерирующий тромбангиит. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	16. Варикозная болезнь. Дифференциальный диагноз.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	17. Острый тромбофлебит поверхностных вен. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	18. Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	19. Острый тромбоз подключичной вены (синдром Педжета-Шреттера-Кристелли). Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	20. Облитерирующий эндартериит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	21. Варикозная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	22. Облитерирующий эндартериит. Клиника, методы диагностики..
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	23. Оклюзионные поражения ветвей дуги аорты. Этиология, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	24. Облитерирующий атеросклероз (артериосклероз). Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	25. Коарктация аорты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	26. Хронический лимфостаз (слоновость) нижних конечностей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	27. Аневризмы грудной аорты. Этиология. Патанатомия, клиника. диагностика.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	28. Расслаивающие аневризмы грудной аорты. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	29. Аневризмы брюшной аорты. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	30. Аневризмы периферических артерий. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	31. Облитерирующий атеросклероз (артериосклероз).
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	32. Болезнь Рейно. Этиология, клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	33. Острые артериальные тромбозы и эмболии магистральных сосудов. Клиника. Дифференциальная диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	34. Острые тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Этиология, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	35. Врожденные венозные дисплазии (флебоангиодисплазии). Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	36. Посттравматические артериальные и артериовенозные аневризмы.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	37. Симптоматическая гипертония в хирургии.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	38. Восходящий тромбоз большой подкожной вены, опасности осложнений, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	39. Тромбоэмболия лёгочной артерии, причины возникновения, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	40. Классификация хирургических заболеваний сердца. Специальные методы исследования в хирургии пороков сердца.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	41. Открытый артериальный проток. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	42. Септальные дефекты сердца. Дефект межпредсердной перегородки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	43. Тетрада Фалло. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	44. Септальные дефекты сердца. Дефект межжелудочковой перегородки. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	45. Митральные пороки сердца. Митральный стеноз. Клиника, диагностика.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	46. Искусственное кровообращение и гипотермия в кардиохирургии.
ОПК-4	47. Митральные пороки сердца. Митральная недостаточность клапана. Диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	48. Аортальные пороки сердца. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	49. Врожденные пороки сердца. Изолированное сужение легочной артерии. Врожденный стеноз аорты. Клиника, диагностика.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	50 Острые перикардиты. Этиология. Клиника, диагностика..

Раздел 1. Практика диагностического профиля (терапевтическая)

Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Задачи
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 1. Больная К. 40 лет жалуется на слабость, похудание, снижение аппетита, головную боль. Из анамнеза известно, что в юности перенесла острый гломерулонефрит. С 25 лет страдает артериальной гипертензией. К врачу обращалась редко, систематически не лечилась. Объективно: при пальпации сердца верхушечный толчок определяется в 5 межреберье га левой среднеключичной линии, усиленный, разлитой; при аускультации сердца выслушивается акцент 2 тона над аортой. Вопросы: 1.Нельзя ли жалобы больной связать с патологией почек? 2. О каком синдроме при этом можно думать? 3.Что можно выявить методом перкуссии сердца? 4. Какие дополнительные сведения нужны для постановки диагноза?
Ответ	1. Жалобы больной можно связать с заболеваниями или повреждениями почек, участвующих в регуляции артериального давления. 2. Можно думать о симптоматической артериальной гипертензии - одном из проявлений заболевания почек (паренхиматозной, интерстициальной, реноваскулярной патологии); врожденной аномалии почек и мочевыводящих путей; вторичных поражениях почек при туберкулезе, бактериальных метастазах и диффузных болезнях соединительной ткани. 3. Перкуссия сердца может выявить увеличение левой границы относительной тупости сердца до левой среднеключичной линии. 4. Необходимо провести дополнительное обследование, включающее общий анализ крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, холестерин, триглицериды, β-липопротеины, протромбин), ЭКГ, Эхо-КГ, УЗИ почек, исследование глазного дна.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 2. К терапевту в поликлинику обратился мужчина 30 лет с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в анамнезе. Периодически пациент отмечает стул черного цвета вне периодов приема медикаментов. В крови отмечается уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина. Вопросы: 1.О чем должен подумать врач?

	2. Какое исследование следует провести для уточнения диагноза? 3. Какие симптомы обострения заболевания можно выявить методом пальпации? 4. Как называется стул черного цвета?
Ответ	1. Врач должен подумать об осложнении язвенной болезни в виде кровотечения. 2. В обязательном порядке больному должна быть проведена ургентная фиброгастродуоденоскопия с диагностической и, возможно, лечебной целью. 3. При пальпации можно выявить локальную болезненность в эпигастрии больше справа, локальное защитное напряжение передней брюшной стенки, перкуторную болезненность в эпигастрии – положительный симптом Менделя. 4. Стул черного цвета называется мелена.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 3. К терапевту в поликлинику обратился мужчина 59 лет с жалобами на выраженную одышку, учащенное сердцебиение, частые приступы удушья на фоне физической нагрузки. В последние недели на ногах начали нарастать отеки. Из анамнеза: злостный курильщик, около 15 лет страдает хронической обструктивной болезнью легких, базисную бронхолитическую терапию регулярно не принимает. Объективно: при перкуссии грудной клетки над легкими определяется легочной звук с коробочным оттенком. Вопросы: 1. Какое осложнение хронической обструктивной болезни легких развилось у пациента (синдром)? 2. Какой отдел или отделы сердца страдают? 3. Как изменятся тоны и границы сердца? 4. В каком круге кровообращения увеличится давление?
Ответ	1. У пациента с хронической обструктивной болезнью легких развилось осложнение – синдром хронического легочного сердца. 2. У пациента будут страдать правые отделы сердца. 3. При аускультации сердца тоны приглушены, при развитии лёгочной гипертензии выслушивается акцент II тона над лёгочной артерией. Правая граница относительной тупости сердца может быть смещена вправо за счёт гипертрофии правого предсердия, а площадь абсолютной тупости сердца резко уменьшится, в отдельных случаях вплоть до полного исчезновения. 4. У пациента будет легочная гипертензия, т.е. увеличится давление в малом круге кровообращения.

ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 4. Пациент 27 лет жалуется на боли в подложечной области, которые возникают после приема пищи, особенно острой и грубой. Боли иррадиируют в область грудной клетки, сопровождаются тошнотой и рвотой, вскоре после приема пищи. Рвота облегчает состояние больного. Кроме этого, больного беспокоят вздутие живота, метеоризм и отрыжка кислым. Объективно: брюшная стенка слабо участвует в акте дыхания, напряжена в эпигастральной области, резко болезненна ниже мечевидного отростка. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие симптомы будут выявляться при пальпации в эпигастрии? 3. Какие дополнительные исследования нужно провести для подтверждения диагноза?
Ответ	1. Врач должен подумать о язвенной болезни желудка. 2. При пальпации в эпигастрии будет выявляться положительный симптом Менделя. 3. Для уточнения диагноза и исключения осложнений язвенной болезни больному необходимо провести фиброгастродуоденоскопию с исследованием на хеликобактер и прицельной биопсией при необходимости.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 5. К кардиологу в поликлинику по направлению терапевта обратился мужчина 58 лет с жалобами на давящие приступообразные боли за грудиной, купирующиеся нитроглицерином и возникающие на фоне физической нагрузки. На ЭКГ покоя отмечена депрессия сегмента ST более 2 мм в V₂-V₄ грудных отведений. Вопросы: 1. Как можно объяснить эти изменения? 2. Ваш предварительный диагноз? 3. Какие дополнительные исследования нужно провести для подтверждения диагноза?
Ответ	1. Снижение сегмента ST в данном случае можно оценить как признак коронарной недостаточности. 2. Острый коронарный синдром 3. Для подтверждения этого суждения больному необходимо провести пробу с физической нагрузкой (велоэргометрия, тредмилметрия) или медикаментозную пробу, например, нитроглицериновую, при недостаточности данных или наличии противопоказаний к нагрузочным пробам - суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. В отдельных случаях назначают коронароангиографию.

ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 6. Двум студентам дано задание определить верхнюю границу печени по среднеключичной линии справа. Один студент определил границы печени, пользуясь тихой перкуссией, и нашел ее на уровне шестого ребра, другой применил глубокую перкуссию и нашел верхнюю границу печени на уровне пятого ребра. Вопросы: 1. Какой из студентов определил верхнюю границу печени правильно и почему? 2. От чего зависит положение верхней границы относительной тупости печени? 3. Положение абсолютной или относительной верхней границы печёночной тупости более постоянно? 4. Определением какой границы тупости печени ограничиваются на практике?
Ответ	1. Правильно определил верхнюю границу печени первый студент, т.к. для её определения пользуются тихой перкуссией. 2. Положение верхней границы относительной тупости печени зависит от размеров и формы грудной клетки, высоты стояния диафрагмы, а также от того, что верхний край печени очень глубоко скрыт под лёгкими. 3. Таким образом, более постоянным является положение верхней границы абсолютной тупости печени. Её определением и ограничиваются на практике. 4. По Курлову.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 7. Больная Н. 40 лет жалуется на тупые боли в правой поясничной области. Температура тела повышается до 39-40 °С, с ознобом, лихорадка. Отмечает несколько учащенное и болезненное мочеиспускание. Заболевание связывает с переохлаждением.. Объективно: состояние пациентки средней тяжести. Кожные покровы сухие, горячие. Живот мягкий, безболезненный Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Почки не пальпируются. При поколачивании по правой поясничной области определяется резкая болезненность. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз заболевания? 2. Какие клинические синдромы выявляются у пациента? 3. Какие дополнительные исследования нужно провести для подтверждения диагноза? 4. Какие изменения в общем анализе мочи и анализе мочи по Нечипоренко можно ожидать? Ответ 1. Предварительный диагноз - острый пиелонефрит. 2. Клинические синдромы: интоксикационный синдром и болевой синдром,

	связанные с инфекционным воспалением паренхимы и чашечно-лоханочной системы правой почки. - Для уточнения диагноза необходимо провести следующие исследования: общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, общий анализ крови, биохимический анализ крови на креатинин, мочевины, калий, натрий, УЗИ почек, при необходимости - экскреторную урографию. - В общем анализе мочи будут следующие изменения: моча желтая, мутная, с хлопьями пены, может быть низкой плотности, протеинурия, при микроскопии осадка мочи – лейкоцитурия, бактериурия. В анализе мочи по Нечипоренко: увеличение количества лейкоцитов 1 мл мочи при нормальном количестве эритроцитов и цилиндров.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 8. Больной С., 48 лет жалуется на сильные боли в левой поясничной области, отдающие в левую паховую область. Боли появились внезапно, после тряской поездки в деревню к родственникам, боли сопровождаются частыми позывами на мочеиспускание. Объективно: при осмотре больной проявляет беспокойство, не может долгое время находиться в одном положении, стонет от болей. Температура тела 37,2⁰С. Поколачивание по левой поясничной области болезненно. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в левом фланге и левой подвздошной области. Вопросы: - О каком патологическом синдроме можно думать? - При каком заболевании данный синдром является ведущим? - Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения характера заболевания? - Какие изменения в общем анализе мочи можно ожидать?
Ответ	- Можно думать о синдроме почечной колики. - Синдром почечной колики является ведущим при мочекаменной болезни. - Для уточнения диагноза проводятся следующие исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, УЗИ почек и мочевого пузыря, при необходимости - обзорная рентгенография органов брюшной полости и экскреторная урография. - В общем анализе мочи будут следующие изменения: моча мутная, цвет желтый, но может быть розовый или красноватый оттенок в зависимости от выраженности гематурии; кристаллурия.

ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 9. Больной Б., 52 года, страдает геморроем. В течение длительного времени отмечает частые ректальные необильные кровотечения. В настоящее время жалуется на повышенную утомляемость, общую слабость, головокружение, шум в ушах. Заболеваний сердечно-сосудистой системы в анамнезе не отмечает. Объективно: отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Границы сердца не изменены, при аускультации определяется систолический шум на верхушке. При исследовании крови обнаружено уменьшение содержания гемоглобина, количества эритроцитов, снижение цветового показателя (0,5-0,6). Эритроциты изменены: микроцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия. Количество ретикулоцитов 18%. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Как объяснить изменения крови, имеющиеся у больного, и как они называются? 3. Чем объяснить наличие систолического шума на верхушке сердца? 4. К какому типу шумов относится данный систолический шум?
Ответ	1. Хроническая постгеморрагическая анемия (один из вариантов железодефицитной анемии). 2. Уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина вызвано частыми кровопотерями из геморроидальных вен. 3. Появление систолического шума на верхушке сердца связано с изменением при постгеморрагической анемии вязкости крови и ускорением, в связи с этим, кровотока. 4. Данный систолический шум на верхушке сердца относится к функциональным шумам.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 10. К терапевту в поликлинику обратился мужчина 47 лет. Последние годы он отмечает похудание, поносы, отрыжку, повышенную утомляемость при физической нагрузке, головокружение, шум в ушах, потемнение в глазах. Из анамнеза стало известно, что 5 лет назад была удалена часть желудка по поводу язвенной болезни. При исследовании периферической крови найдена гипохромная анемия, форма и размеры эритроцитов изменены, их окраска бледная. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Назовите причину развития заболевания у данного пациента. 3. Какие дополнительные исследования нужно провести для уточнения диагноза?

Ответ	1. У пациента имеется агастральная (пострезекционная) железодефицитная анемия. 2. Причина анемии связана с нарушением всасывания железа после резекции части желудка. 3. Дополнительные исследования: биохимический анализ крови на содержание сывороточного железа, ферритина и общую железосвязывающую способность сыворотки, фиброгастродуоденоскопию.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 11. Пациентка Т., 53 года, страдает анацидным гастритом в течение 15 лет. За последний год появились поносы, резкая общая слабость, шум в ушах, головокружения, одышка, учащенное сердцебиение при нагрузке, быстрая утомляемость, извращение вкуса. Объективно: при общем осмотре отмечаются сухость и бледность с легким зеленоватым оттенком кожных покровов, заеды в углах рта, тусклые и секущиеся на концах волосы, поперечная исчерченность и ломкость ногтей, которые имеют ложкообразную форму. В общем анализе крови: эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 58г/л; цветовой показатель 0,5. Эритроциты бледные, некоторые в виде колец, пойкилоцитоз, анизоцитоз. СОЭ 44 мм/час. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз и степень тяжести заболевания? 2. Какова причина развития заболевания? 3. Какой клинический синдром отражают физикальные данные, полученные при общем осмотре? 4. Назовите другое название ложкообразной формы ногтей.
Ответ	1. У пациентки железодефицитная анемия тяжелой степени тяжести (так как гемоглобин крови менее 70 г/л). 2. Заболевание, скорее всего, связано с ахилией желудка, которая приводит к нарушению ассимиляции железа, поскольку соляная кислота необходима для всасывания железа. При отсутствии соляной кислоты железо не усваивается и развивается железодефицитная анемия. 3. Сидеропенический синдром. 4. Другое название ложкообразной формы ногтей – койлонихия.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 12. Больная Р., 49 лет, жалуется на похудание, общую слабость, плохой аппетит, самопроизвольное появление синяков и гематом, иногда – носовые кровотечения, боли в мышцах и суставах. Больной себя считает 7 лет. Объективно: при общем осмотре обнаружено резкое истощение больной, живот значительно увеличен, больше в верхней части. При его пальпации определяется выраженное увеличение печени и, особенно, селезёнки. <u>Общий анализ крови:</u> эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 50г/л; лейкоциты - $400 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы - 7%; базофилы - 6%; миелобласты - 1%; промиелоциты - 3%, миелоциты - 6%, юные нейтрофилы -

	10%; палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 10%, моноциты - 5%, СОЭ - 56 мм/час. Количество тромбоцитов - $130 \times 10^9/\text{л}$. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какой ведущий клинический синдром при данном заболевании? 3. Ваша интерпретация изменений в общем анализе крови? 4. Есть ли в картине периферической крови признаки лейкомического провала?
Ответ	1. Предварительный диагноз - хронический миелолейкоз. 2. Ведущий клинический синдром при хроническом миелолейкозе – это миелопролиферативный синдром, который характеризуется хронической усталостью, похуданием, шумом в ушах, кратковременными потерями сознания, самопроизвольным появлением синяков и гематом, носовыми, кишечными, маточными кровотечениями, болями в мышцах и суставах, признаками тромбоза (уплотнение вен и отечность нижних конечностей), увеличением селезенки и печени, дискомфортом в области эпигастрия, кишечника, лихорадкой, сочетающейся с появлением багровых пятен на лице и конечностях. 3. В общем анализе крови: анемия, гиперлейкоцитоз, увеличение количества гранулоцитов в лейкоформуле, тромбоцитопения, увеличение СОЭ. 4. В периферической крови имеются признаки лейкомического провала – в пуле нейтрофилов повышено количество зрелых сегментоядерных и незрелых форм нейтрофилов (миелобласты, промиелоциты, миелоциты, юные нейтрофилы) при отсутствии или сниженном количестве промежуточных форм нейтрофилов.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 13. Пациент 67 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на появление в области шеи и подмышечных областях опухолевидных безболезненных образований, кожный зуд, периодическую лихорадку, похудание, потливость. Объективно: при осмотре пациента обнаружено резкое увеличение всех периферических лимфатических узлов. При пальпации лимфатические узлы эластично-тестоватой консистенции, не спаяны между собой и с подлежащими тканями, безболезненны. При исследовании живота обнаружено его умеренное увеличение за счет печени и селезенки. <u>Общий анализ крови:</u> эритроциты - $3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 60 г/л, лейкоциты - $200 \times 10^9/\text{л}$; лейкоцитарная формула: эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 4%, лимфобласты - 1%, пролимфоциты - 5%, лимфоциты - 80%, моноциты - 6%, СОЭ – 64 мм/час. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какой ведущий клинический синдром при данном заболевании? 3. Как можно объяснить кожный зуд, лихорадку и потливость? 4. Ваша интерпретация изменений в общем анализе крови?

	5. Возможно ли обнаружение в общем анализе крови у данного пациента клеток Боткина-Гумпрехта? :
Ответ	1. Предварительный диагноз - хронический лимфолейкоз. 2. Ведущий клинический синдром при хроническом лимфолейкозе – это лимфопролиферативный синдром, который характеризуется увеличением всех групп лимфатических узлов, печени, селезенки, лейкоэмическими инфильтратами в коже, слизистых желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей и других органах и системах, интоксикационным синдромом. 3. Кожный зуд, лихорадку и потливость, а также боли в костях можно объяснить интоксикационным синдромом, связанным с разрастанием лейкозных клеток в костном мозге, селезенке. 4. В общем анализе крови: анемия, гиперлейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз и единичные незрелые лимфобласты в лейкоформуле, увеличение СОЭ. 5. Для картины периферической крови при хроническом лимфолейкозе характерно обнаружение клеток Боткина-Гумпрехта, которые представляют собой лейкозные клетки лимфоидного ряда, разрушившиеся в процессе приготовления мазка крови.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 14 Больной 23 лет, заболел остро. После ангины через 3 недели появились тупые боли в пояснице, утром отеки на лице, головные боли, уменьшилось количество мочи. Объективно: больной бледен, отеки на лице, бедрах, голених. Пульс 68 в мин. АД 170/110 мм рт. ст. Печень и почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Суточный диурез 800 мл, выпито 1200 мл жидкости. Моча цвета «мясных помоев». <u>Общий анализ мочи:</u> уд. вес 1018, реакция щелочная, белок – 310 мг/л, эритроциты свежие, выщелоченные, 50-62 в поле зрения, лейкоциты 3-5 в поле зрения, восковидные цилиндры. <u>Биохимический анализ крови:</u> общий белок – 68 г/л, креатинин крови 220 мкмоль/л, холестерин крови – 5,2 ммоль/л. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Укажите основные синдромы заболевания. 3. Каково значение ангины в анамнезе заболевания? 4. Имеется ли у больного гематурия? 5. Имеются ли у больного признаки нарушения азотовыделительной функции почек? Ответы к задаче:
Ответ	1. Предварительный диагноз - острый гломерулонефрит. 2. Основные синдромы: отечный, гипертонический, мочевоы. 3. Связь гломерулонефрита с предшествующей ангиной обусловлена сенсibilизирующим эффектом воздействия β-гемолитического стрептококка группы А, запускающего цепь иммунологических реакций. 4. Наличие мочи цвета «мясных помоев» может быть признаком гематурии. 5. Дизурические явления у данного больного проявляются олигурией.

ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 15. Пациентка 40 лет. С 20 летнего возраста неоднократно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита. В анамнезе повышение АД до 180/110 мм рт. ст. Цифры АД последние 2 года постоянно повышены. Диурез не был нарушен. Месяц тому назад перенесла ОРВИ, состояние ухудшилось, уменьшился диурез, появились отеки на лице и туловище. Объективно: кожные покровы бледные, отеки на пояснице, передней брюшной стенке, ногах. Границы сердца увеличены влево, верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии. I тон на верхушке приглушен, акцент II тона над аортой. Пульс 92 в мин, ритмичный, напряженный. АД 190/120 мм рт. ст. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. <u>Общий анализ мочи:</u> уд. вес 1006, реакция - щелочная, белок – 3000 мг/л, эритроциты выщелоченные 10-12 в поле зрения, цилиндры зернистые (++). <u>Общий анализ крови:</u> гемоглобин – 90 г/л, эритроциты $3,3 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель 0,9, лейкоциты - $5,6 \times 10^9/л$, СОЭ – 28 мм/час. <u>Биохимический анализ крови:</u> общий белок – 56 г/л, альбумины – 32 %, глобулины – 58% (α_1 – 15,2% β - 7,1% γ - 35%), холестерин крови – 14,8 ммоль/л. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Укажите основные синдромы заболевания. 3. Имеются ли у пациента признаки хронической почечной недостаточности? 4. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза? 5. Чем объясняются изменения в общем анализе крови?
	1. Предварительный диагноз - хронический гломерулонефрит, стадия обострения. 2. Основные синдромы: нефротический, гипертонический. 3. Состояние азотовыделительной функции почек может быть определено при исследовании биохимических показателей крови – креатинина и мочевины. 4. Изменение границ сердца и аускультативной симптоматики объясняются гипертоническим синдромом. 5. Изменения в общем анализе крови – нормохромная анемия - объясняются снижением синтеза эритропоэтина в почках при их хронических заболеваниях.

ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 16 В приемное отделение стационара экстренно доставлен мужчина 50 лет. Больной в сознании. Предъявляет жалобы на выраженную одышку и боль в грудной клетке. В анамнезе: ухудшение самочувствия почувствовал во время длительного перелета на самолете, 4 часа назад. Объективно: состояние средней тяжести. При исследовании дыхательной системы у больного выявлены следующие данные: число дыхательных движений - 28 в минуту; голосовое дрожание справа резко ослаблено, при сравнительной перкуссии справа - тимпанит. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие основные клинические синдромы заболевания выявляются у пациента? 3. Какой основной дыхательный шум будет выслушиваться над правой половиной грудной клетки? 4. Какой метод дополнительного исследования следует использовать?
Ответ	1. Предварительный диагноз – закрытый пневмоторакс справа. 2. Указанные симптомы свидетельствуют о наличии синдрома скопления воздуха в плевральной полости и острой дыхательной недостаточности. 3. Характер дыхания над правой половиной грудной клетки – резко ослабленное везикулярное вплоть до отсутствия проведения. 4. Рентгенологический метод позволяет подтвердить наличие правостороннего пневмоторакса при отсутствии легочного рисунка в этой половине грудной клетки.
ОПК-4 ПК-5 ПК-6	ЗАДАЧА 17 Пациент К., 24 года. Заболел остро после переохлаждения, был насморк, кашель, боли в горле. В анамнезе частые ОРЗ, ангина. В 16 лет перенес тонзиллэктомию. В течение последних 3-х дней отмечает головные боли, отеки на лице, мочу цвета «мясных помоев», уменьшение количества мочи, боли в пояснице. Объективно: кожные покровы бледные, лицо отечное, на туловище и конечностях отеки. Пульс 72 в мин., ритмичный. I тон на верхушке приглушен. АД 130/80 мм рт. ст. Печень и почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. <u>Общий анализ мочи:</u> уд. вес 1025, реакция щелочная, белок – 3200 мг/л, эритроциты свежие, выщелоченные, значительное количество в поле зрения, эпителий почечный – 10-15, цилиндры гиалиновые 8-10 в поле зрения. <u>Биохимический анализ крови:</u> общий белок – 50 г/л, холестерин крови – 9 ммоль/л. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Укажите основные синдромы заболевания. 3. Каково значение анамнеза в диагностике заболевания?

	4. Имеется ли гематурия у больной? 5. Есть ли необходимость в назначении пробы Зимницкого?
Ответ	1. Предварительный диагноз - острый гломерулонефрит. 2. Основные синдромы: нефротический, мочевого. 3. Ангины в анамнезе позволяют связать поражение почек с сенсibilизацией организма под воздействием инфекции (вероятнее всего – с β -гемолитическим стрептококком группы А). 4. На гематурию может указывать цвет мочи - моча цвета «мясных помоев». 5. При плотности мочи в 1025 нет необходимости в проведении пробы по Зимницкому.

ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 18. Пациентка 38 лет. В анамнезе частые ОРВИ, ангины. Заболела 6 дней назад: субфебрильная температура, насморк, головные боли, тупые боли в поясничной области, отеки на лице. Объективно: бледность кожных покровов, лицо пастозное. I тон на верхушке сердца приглушен. АД 180/80 мм рт. ст. Пульс 86 в мин, ритмичный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. <u>Общий анализ мочи:</u> уд. вес 1009, белок – 2800 мг/л, эритроциты 40-35 в поле зрения, эпителий почечный - много, цилиндры гиалиновые, зернистые 7-9 в поле зрения. Вопросы: - Ваш предварительный диагноз? - Укажите основные синдромы заболевания. Чем проявляется мочевого синдром? - Имеется ли у больной гипостенурия? - Нарушена ли азотовыделительная функция почек? - Чем обусловлены боли в пояснице и положительный симптом при поколачивании в области поясницы?
Ответ	- Предварительный диагноз - хронический гломерулонефрит, стадия обострения. - Основные синдромы: гипертонический, мочевого. - Мочевой синдром проявляется гипостенурией, протеинурией, микрогематурией, цилиндрурией. Имеет место гипостенурия (плотность мочи - 1009). - Состояние азотовыделительной функции почек (показатели креатинина, мочевины) у данной больной не исследовано. - Боли в пояснице обусловлены воспалительным отеком и увеличением объема почек, что приводит к растяжению их капсулы.
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 19. К пациенту К., 60 лет, был вызван врач скорой помощи. Больной находился в неподвижном состоянии и жаловался на резкую давящую боль за грудиной, которая распространялась в левую руку, шею, челюсть, под левую лопатку. Объективно: отмечается умеренная бледность кожных покровов, пульс частый, на верхушке тоны сердца приглушены, второй тон на аорте усилен.

	Вопросы: 1. О какой патологии сердечно-сосудистой системы должен подумать врач? 2. Какое дополнительное исследование должен он провести в обязательном порядке? 3. Чем объяснить иррадиацию болей? 4. Какие препараты используют для купирования болей? 5. Какие препараты относятся к антиангинальным, перечислите группы?
Ответ	1. Речь идет о стенокардии, являющейся одной из клинических форм ишемической болезни сердца. 2. Дополнительное исследование - ЭКГ. В момент приступа стенокардии на электрокардиограмме можно выявить горизонтальное снижение сегмента ST не менее чем на 1 мм, появление отрицательного «коронарного» зубца Т в одном или нескольких грудных, нередко стандартных отведениях, преходящие нарушения ритма и проводимости. 3. Иррадиация болей при стенокардии обусловлена повышенной чувствительностью кожи к болевым ощущениям, в зонах которые иннервируются VII шейным и I - V грудными сегментами спинного мозга (зоны Захарьина - Геда). Раздражения от сердца идут через эти сегменты и переходят на центробежные спинномозговые нервы по принципу висцеро-сенсорного рефлекса. 4. Необходимо назначить приём нитроглицерина - 1 таблетку под язык (эффект через 1-3 мин) для достижения коронарорасширяющего эффекта. 5. Антиангинальным эффектом обладают: нитраты, в2-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 20 Участкового врача вызвали повторно на дом к больному П., 28 лет. Больной жаловался на упорные давящие боли в области сердца в течение недели: нарастала одышка, особенно в горизонтальном положении. Дважды перед приездом врача была рвота. Объективно: обращает на себя внимание отечность лица и области шеи в виде воротника, цианоз, шейные вены набухшие. Больной сидит на краю кровати, склонившись вперед. Пульс частый, малого наполнения, верхушечный толчок не определен. Сердце расширено во всех размерах, на рентгенограмме имеет треугольную форму. Печень увеличена, выходит из-под реберного края на 2 см. Вопросы: 1. О какой патологии сердца должен прежде всего подумать врач? 2. Что он может выслушать при аускультации сердца? 3. Чем объяснить увеличение печени? 4. отеки в области шеи и лица? 5. Как называется подобные отеки в области шеи?
Ответ	1. Врач должен подумать об остром экссудативном перикардите. 2. При аускультации определяется глухость тонов сердца, нередко аритмии, ритм галопа, возможен негромкий шум трения перикарда (выслушивается в зоне абсолютной тупости сердца, усиливается при надавливании стетоскопом, нигде не проводится). 3. Увеличение печени связано с правожелудочковой недостаточностью, повышением давления в верхней полой вене и венах, впадающих в нее, в том числе, и в портальной вене. 4. Вследствие сдавления экссудатом верхней полой вены появляется набухание вен шеи, увеличивающееся на вдохе, отечность и цианоз лица,

	шеи (синдром верхней полой вены). 5. Подобные отеки носят название воротник Стокса.
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 21 К ревматологу обратился пациент Т., 40 лет, с жалобами на ознобы, потливость, повышение температуры в течение месяца до 37,5 - 38,0⁰С. В анамнезе: ревматизм, недостаточность митрального клапана, по поводу которого находился на учете у ревматолога. Объективно: заметна бледность кожных покровов с умеренным желтушным оттенком, рассеянная единичная петехиальная сыпь. Пульс учащен, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Сердце расширено влево до среднеключичной линии, верхушечный толчок в области шестого межреберья, первый тон на верхушке ослаблен, второй тон на аорте ослаблен, выслушивается систолический шум на верхушке и диастолический - во втором межреберье справа. Артериальное давление 150/60 мм рт. ст. Печень и селезенка умеренно увеличены. Вопросы: 1. Что должен заподозрить врач? 2. Какое важное исследование он должен назначить для подтверждения своего диагноза? 3. Чем объяснить перкуторные изменения границ сердца? 4. Чем объяснить аускультативные симптомы во второй точке аускультации? 5. Что относится к лабораторным маркерам воспаления?
Ответ	1. Врач должен заподозрить бактериальный эндокардит, возникший на фоне уже имеющегося заболевания сердца - ревматического порока сердца и сопровождающийся бактериемией и поражением различных органов и систем: тромбоэмболические осложнения, иммуновоспалительные (нефрит, васкулит, гепатит и др.) и дистрофические изменения внутренних органов. 2. Необходимо назначить исследование крови на стерильность на высоте лихорадки 4-5 раз с определением чувствительности флоры к антибиотикам. 3. Перкуторные изменения границ сердца связаны с гипертрофией и дилатацией левого желудоска. 4. Аускультативные симптомы во второй точке аускультации – в точке выслушивания аортального клапана – связаны с развитием недостаточности аортального клапана. 5. К маркерам воспаления относится: лейкоцитоз, повышение С-реактивного протеина, фибриногена, сиаловых кислот, серомукоидов.
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 22. Пациентка Г., 50 лет, жалуется на общую слабость, исхудание, плохой аппетит, увеличение живота. В прошлом перенесла болезнь Боткина, заболевание протекало длительно, полного выздоровления не наступило. Объективно: обнаружено увеличение живота, более отчетливое в нижнем отделе, пупок выпячен, на коже живота видны расширенные вены, расходящиеся радиально от пупка. В брюшной полости обнаружена свободная жидкость. Печень немного увеличена, плотная, нижний край ее острый, пальпируемая поверхность печени безболезненная, мелкобугристая. Также пальпируется плотная, увеличенная, безболезненная селезенка. В крови умеренная анемия, лейкопения.

	Вопросы: 1. О каком заболевании можно думать? 2. Какими методами можно определить свободную жидкость в брюшной полости? 3. Какие исследования необходимо назначить для уточнения диагноза? 4. О чем говорит расширенные вены на коже живота? 5. Как объяснить анемию при циррозе печени?
ОПК-4,	1. Речь идет о циррозе печени. 2. Существуют три метода выявления свободной жидкости в брюшной полости (асцита): - метод флюктуации; - метод перкуссии (1) при горизонтальном положении больного; - метод перкуссии (2) в положении больного стоя. 3. Для уточнения диагноза необходимо назначить: - биохимические анализы крови; - исследование крови на HbsAg и антитела вируса гепатита; - ультразвуковое сканирование печени; - радиоизотопное сканирование печени; - лапароскопию и прицельную биопсию печени (для диагностики в неясных ситуациях). 4. Варикозное расширение околопупочных вен 5. Есть несколько механизмов анемического синдрома: недостаток витаминов (Вит В-12), дефицит железа, кровотечение из варикозно расширенных вен, секвестрация эритроцитов в увеличенной селезенке.
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 23. К кардиологу в поликлинику обратился мужчина 28 лет с жалобами на учащенное сердцебиение, ощущение замирания сердца, слабость, снижение работоспособности, сухой кашель и одышку. Объективно: у больного выслушивается протодиастолический ритм галопа, ослаблен первый тон на верхушке, определяется дефицит пульса в 15 ударов/мин., на верхушке выслушивается систолический шум, распространяющийся в левую подмышечную область. Вопросы: 1. О каком поражении сердца должен подумать врач (мышечном или клапанном)? 2. Ваш предварительный диагноз? 3. Как изменились границы сердца? 4. Каким будет второй тон? 5. Какое нарушение ритма развилось у пациента?
Ответ	1. Следует подумать о недостаточности митрального клапана, сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий. 2. Перкуторно выявляется смещение границы вверх и влево за счёт увеличения левого предсердия и левого желудочка. 3. При повышении артериального давления в малом круге кровообращения появляется акцент второго тона над лёгочным стволом. 4. Артериальное давление не изменится. 5. Мерцательная аритмия, экстрасистолия
ОПК-4,	ЗАДАЧА 24. Пациентка М., 42 года. В анамнезе: ревматизм, сочетанный митральный порок

ПК-5, ПК-6	сердца с преобладанием стеноза, НК ПБ стадия. На фоне увеличившейся одышки и появления отеков на ногах, у больной возникла острая боль в нижней области левой половины грудной клетки и кровохарканье. Была вызвана скорая помощь. Врач провел обследование больной, при этом слева под лопаткой выявил притупление легочного звука и некоторое усиление бронхофонии на ограниченном участке. Назначил исследование общего анализа крови и рентгенографию органов грудной клетки. Вопросы: 1. О чем должен был подумать врач? 2. Что он мог обнаружить при пальпации и аускультации легких? 3. Какие можно ожидать изменения в анализе крови? 4. Что может показать рентгенография грудной клетки? 5. Назовите какие маркеры воспаления?
Ответ	1. Можно говорить о тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА), приведшей к развитию инфаркта лёгкого. 2. При пальпации нижней области левой половины грудной клетки может быть обнаружено усиление голосового дрожания, при аускультации лёгких в этой же области - бронхиальное дыхание. 3. В картине крови наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, лимфопения, эозинофилия, относительный моноцитоз, ускорение СОЭ. 4. При рентгенологическом исследовании в нижней поле левого легкого - инфильтрация лёгочной ткани конусовидной формы с вершиной, направленной к средостению. 5. Лейкоцитоз. С-реактивный белок, сиаловые кислоты, фибриноген.
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 25. Пациент Н., 57 лет, жалуется на одышку при физической нагрузке, слабость. При проведении общего осмотра выявлено, что сердце имеет аортальную конфигурацию, второй тон на аорте резко ослаблен, по левому краю грудины, во второй и пятой точках аускультации выслушивается грубый систолический шум. Вопросы: 1. При каком поражении сердца может быть подобная симптоматика? 2. Как изменятся пульс и артериальное давление у пациента? 3. Изменится ли первый тон на верхушке сердца? 4. Будут ли выслушиваться другие шумы? 5. Какой шум называется шумом Флинта?
Ответ	1. Подобная симптоматика может наблюдаться при аортальной недостаточности, относительной недостаточности митрального клапана. 2. Пульс скорый, высокий, большой. АД изменяется: повышается систолическое давление, а диастолическое снижается, повышается пульсовое давление. 3. I тон у верхушки ослаблен, т.к. отсутствует период замкнутых клапанов аорты. 4. Выслушивается диастолический шум на аорте и в точке Боткина-Эрба - мягкий, дующий, убывающий протодиастолический. 5. Диастолический (пресистолический) шум - шум Флинта.
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 26. К терапевту в поликлинику обратился больной К., 68 лет, с жалобами на

	выраженную одышку в покое, сердцебиение, быструю утомляемость. Объективно: при осмотре больного врачом правая граница относительной тупости сердца определяется на 4 см кнаружи от правого края грудины, левая - по левой среднеключичной линии в пятом межреберье, верхняя не изменена. Кроме того, отмечается положительный венный пульс. Вопросы: 1. За счет каких отделов, в большей степени, расширено сердце? 2. Какая граница относительной тупости сердца расширена больше? 3. Что может увидеть врач в эпигастральной области? 4. Какое инструментальное исследование должен назначить врач для уточнения характера морфологической перестройки камер сердца? 5. Какой зубец отражает увеличение правого желудочка на ЭКГ?
Ответ	1. Сердце расширено за счёт правого желудочка и правого предсердия. 2. Больше расширена правая граница относительной тупости сердца. 3. В надчревной области будет определяться эпигастральная пульсация, обусловленная гипертрофией правого желудочка. 4. Назначается эхокардиография. 5. Появляется правопредсердный остроконечный зубец Р в II и III отведениях.
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 27. Больная Т., жалуется на слабость, быструю утомляемость. Перкутируя сердце, врач определил верхнюю границу относительной тупости сердца на уровне второго межреберья, правую границу - на 2,5 см вправо от правого края грудины, левую - по левой среднеключичной линии. При рентгенографии левый сердечно-сосудистый угол не выражен, а наоборот имеется выпуклость. Расположение диафрагмы не изменено. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Как называется конфигурация сердца, при которой левый сердечно-сосудистый угол (талиа) сердца сглажен? 3. Изменения какого отдела или отделов сердца приводит к этому? 4. Какими будут I и II тоны сердца? 5. Будут ли выслушиваться сердечные шумы?
Ответ	1. Недостаточность митрального клапана. 2. Подобная конфигурация сердца называется митральной. 3. Митральная конфигурация сердца возникает вследствие гипертрофии левого предсердия. 4. При аускультации I тон будет ослаблен на верхушке, при повышении давления в малом круге кровообращения появляется акцент II тона над лёгочным стволом, на верхушке сердца выслушивается систолический шум. 5. Назначаются исследования: ЭКГ, эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки.
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 28. Больная Г. 40 лет жалуется на боли в эпигастральной области, опоясывающего характера, тошноту, диарею. Копрограмма:: консистенция кала кашицеобразная, цвет - серовато-желтый.

	При микроскопическом исследовании обнаружено значительное количество жирных кислот и мыл, умеренное количество нейтрального жира, небольшое количество измененных мышечных волокон, переваренная клетчатка, внеклеточный крахмал. Вопросы: 1. Ваш предварительный синдромальный диагноз? 2. Обоснуйте диагноз. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? 3. Какие физикальные данные при пальпации живота пациентки можно ожидать? 4. Назовите какие факторы риска развития панкреатита? 5. Какие осложнения могут быть при панкреатите?
Ответ	1. Предварительный синдромальный диагноз – внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, поскольку копрологическое исследование выявляет признаки расстройства переваривания белков и жиров (патология функции поджелудочной железы). 2. Необходимо провести дообследование: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, билирубин, трансаминазы, альдолаза, щелочная фосфатаза, α-глутамилтранспептидаза, α-амилаза, липаза, трипсин, сиаловые кислоты, фибрин, серомукоид, глюкоза), анализ мочи на диастазу, эхо-сканирование поджелудочной железы. 3. Болезненность в эпигастрии, зоне Шофара, точке Мейо-Робсона и положительный симптом Дежардена. 4. Желчекаменная болезнь, злоупотребление алкоголем, лекарственными препаратами, травмы, операции, ожирение, стероидная терапия, заболевания двенадцатиперстной кишки и др. 5. Билиарная, дуоденальная обструкция, избыточный бактериальный рост, экзокринная недостаточность ПЖ, сахарный диабет, трофологическая недостаточность.
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 29. В поликлинике к участковому терапевту обратился мужчина 55 лет с жалобами на одышку, слабость, быструю утомляемость. Объективно: при аускультации во втором межреберье справа, в точке Боткина и на верхушке сердца выслушивается диастолический шум, первый тон на верхушке ослаблен. Сила шума убывает от второго межреберья к верхушке. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Как изменится второй тон и где? 3. Какое будет артериальное давление? 4. Как изменится пульс? 5. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
Ответ	1. Следует думать о недостаточности клапанов аорты. 2. II тон над аортой ослабевает. 3. Артериальное давление изменяется: систолическое повышается, диастолическое снижается, повышается пульсовое давление. 4. Пульс скорый, высокий, большой. Pulsus celer et altus.

	5. Необходимо дополнительно провести: ЭКГ, эхокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки.
ОПК-4, ПК-5, ПК-6	ЗАДАЧА 30. В поликлинике к участковому терапевту обратился мужчина 48 лет с жалобами на одышку, сердцебиение, слабость, быструю утомляемость. Объективно: при аускультации на верхушке сердца выслушивается «ритм перепела» и диастолический шум, на легочной артерии – акцент и расщепление второго тона. Вопросы: 1. При каком пороке может выслушиваться подобная мелодия? 2. Изменяются ли I и II тоны сердца и где? 3. Изменяются ли свойства пульса? 4. Какие симптомы можно выявить при пальпации сердца? 5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
Ответ	1. Аускультативно выслушивается «мелодия митрального стеноза». 2. I и II тоны сердца изменяются. I тон на верхушке сердца будет усиленный, хлопающий. II тон над лёгочной артерией будет акцентирован, усилен, иногда расщеплён. 3. Пульс изменится: пульс будет небольшого наполнения - pulsus parvus. 4. Пальпаторно выявляется симптом диастолического дрожания грудной клетки - «кошачье мурлыканье» в области верхушки сердца. 5. Необходимо дополнительно провести: пальпацию области сердца, определение границ сердца перкуторно, ЭКГ, эхокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки.

Раздел 2. Практика диагностического профиля (хирургическая)

Компетенции/ индикаторы достижения компетенций	Задачи
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 1 У больного 66 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую гемостатическую терапию кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректороманоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых изъязвлен и кровоточит. Общий анализ крови: Hb – 91 г/л, Эр – 2,5х10¹²/л, Лейк – 10,5х10⁹/л, с/я – 34%, эоз – 2%, лимф – 57%, мон – 7%, СОЭ – 7 мм/ч. Общий анализ мочи: белок – отр, лейкоц – 2-3 в п/зр, эр – отр., эпит.- отр. Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, кальций иониз. – 0,8

	ммоль/л, фосфор – 1,2 ммоль/л, ЩФ – 900 Ед/л (норма до 600). ВОПРОСЫ: 1. Оцените данные лабораторных методов обследования. 2. Поставьте диагноз в соответствии с принятой классификацией. 3. Осложнения заболевания. 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Анемия легкой степени, эритроцитопения, лейкоцитоз. 2. Хронический внутренний геморрой. 3. Осложнение-кровотечение из варикозно-расширенных геморроидальных вен. 4. Госпитализация пациента в проктологическое отделение стационара. Геморроидэктомия по Миллиган-Моргану. 5. Прогноз – благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 2 У больной 50 лет, предъявляющей жалобы на задержки стула, сменяющиеся поносами, примесь крови в кале, при ректороманоскопии выявлена циркулярная опухоль прямой кишки на расстоянии 12 см от анального отверстия, суживающая ее просвет. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружена аденокарцинома. ВОПРОСЫ: 1. Оцените данные инструментальных методов обследования. 2. Поставьте диагноз в соответствии с принятой классификацией. 3. Осложнения заболевания. 4. Определите тактику дальнейшего лечения.. 5. Ведение больного в послеоперационном периоде.
Ответ	1. При ректороманоскопии выявлена циркулярная опухоль прямой кишки, при гистологическом исследовании биопсийного материала – аденокарцинома. 2. Рак прямой кишки. 3. Осложнение-кровотечение. 4. Госпитализация пациента в РКОД. Резекция опухоли и части кишки с наложением анастомоза или выведением колостомы. 5. В послеоперационном периоде проведение химио-или лучевой терапии.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 3 У больного 68 лет, перенесшего месяц назад обширный трансмуральный инфаркт миокарда, за 3 дня до поступления в хирургическую клинику появились боли в левой нижней конечности. При осмотре состояние больного тяжелое. Одышка в покое, пульс 96 ударов в 1 минуту, мерцательная аритмия; печень выступает из-под реберного края на 5 см. Правая нижняя конечность пастозна. Отмечается значительный отек левой нижней конечности вплоть до паховой складки. Кожные

	покровы конечности цианотичны. На бедре усилен венозный рисунок. Пальпация левой паховой области и зоны проекции сосудистого пучка на бедре болезненна. Положительный симптом Хоманса. При ретроградной илиокавографии получено изображение нижней поллой вены и правой подвздошной вены. Левая подвздошная вена не контрастирована. В инфраренальном отделе нижней поллой вены имеется центрально расположенный дефект контрастирования, связанный с устьем левой общей подвздошной вены. ВОПРОСЫ: 1. Оцените данные инструментальных методов обследования. 2. Поставьте диагноз в соответствии с принятой классификацией. 3. Осложнения заболевания. 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Ведение больного в послеоперационном периоде.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 4 У больной 32 года на 9-е сутки после кесарева сечения появилось удушье, боли за грудиной, потеря сознания. Через 5 минут зарегистрирована остановка сердца. Реанимационные мероприятия были эффективны, сердечная деятельность и сознание восстановлены. Состояние больной крайне тяжелое. Определяется цианоз лица и верхней половины туловища. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Пульс 120 ударов в 1 минуту, АД 80/50 мм рт. ст. Определяется умеренный отек всей правой нижней конечности, усиление сосудистого рисунка в паховой области, болезненность при пальпации зоны проекции сосудистого пучка на бедре. При ангиопульмонографии контрастирования левой легочной артерии не получено. В устье правой легочной артерии обнаружен пристеночный дефект контрастирования ВОПРОСЫ: 1. Оцените данные инструментальных методов обследования. 2. Поставьте диагноз в соответствии с принятой классификацией. 3. Осложнения заболевания. 4. Определите тактику дальнейшего лечения.

	5. Ведение больного в послеоперационном периоде.
Ответ	1. На ангиопульмонографии - в устье правой легочной артерии обнаружен пристеночный дефект контрастирования. 2. ТЭЛА. 3. Осложнение: острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. 4. Перевод пациентки в реанимационное отделение хирургического стационара. Рентгенэндоваскулярная тромбэктомия, балонная дилатация. 5. В послеоперационном периоде назначение таблетированных антикоагулянтов.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 5 Больной Н., 37 лет, поступил в клинику с жалобами на отек левой нижней конечности, наличие трофической язвы левой голени. Из анамнеза известно, что 3 года назад после аппендэктомии развился отек и цианоз левой нижней конечности, боли в паховой области. Проводилось лечение антикоагулянтами. Постепенно отек уменьшился, однако появились варикозно расширенные поверхностные вены в левой паховой области и нижней части живота. Год назад на медиальной поверхности голени открылась трофическая язва. Несмотря на проводимое консервативное лечение язва постепенно рецидивирует. При УЗДГ глубокие вены правой нижней конечности реканализованы, определяется сброс крови из глубоких в поверхностные вены на уровне голени и стопы. ВОПРОСЫ: 1. Оцените данные инструментальных методов обследования. 2. Поставьте диагноз в соответствии с принятой классификацией. 3. Осложнения заболевания. 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Прогноз заболевания.
Ответ	1. УЗДГ - глубокие вены правой нижней конечности реканализованы, определяется сброс крови из глубоких в поверхностные вены на уровне голени и стопы. 2. Хроническая варикозная болезнь левой нижней конечности. 3. Трофическая язва голени. 4. Ношение компрессионного трикотажа, назначение венотоников (Детралекс, Флебодиа). Проведение операции Троянова-Трендельбурга в плановом

	порядке. 5. Прогноз заболевания – благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 6 Больной 26 лет поступил с жалобами на перемежающую хромоту через 150 метров, похолодание конечностей, парестезии стоп, облысение голеней. Болен в течение 6 месяцев, до этого перенес нервное потрясение, много курит. При обследовании пульс на бедренной и подколенной артериях несколько ослаблен, шум не выслушивается, на берцовых артериях пульс не определяется. На голенях и тыле стоп имеются участки тромбированных вен в различных стадиях организации. Проба Оппеля - 30 секунд. Реоиндекс – 0,5. На теплограммах - тепловая "ампутация" пальцев стоп. На ангиограмме стенозирование дистальных участков артерий голени. ВОПРОСЫ: 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Круг дифференциальной диагностики? 3. План дополнительного исследования? 4. Тактика лечения? 5. Прогноз заболевания?
Ответ	1) Тромбангит Бюргера. 2) Облитерирующий эндартериит, стенозирующий атеросклероз. 3) УЗДГ, КТ с контрастированием, ангиография, радионуклидное исследование микроциркуляции. 4) Лечение консервативное: режим, спазмолитические смеси, квантовая терапия (УФОК и рефлексотерапия) для улучшения микроциркуляторных процессов поясничная симпатэктомия, прекращение курения. 5) Прогрессирующее течение заболевания, неблагоприятный.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 7 Поступает больной с атеросклеротической гангреной стопы с распространением отека на голень вплоть до коленного сустава. Гангрена носит влажный характер и сопровождается выраженным эндотоксикозом. У больного несколько тяжелых сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной системы, в анамнезе 2 инфаркта миокарда. Сахарный диабет средней тяжести. ВОПРОСЫ: 1) Какой тип гангрены, сухой или влажный, прогностически менее благоприятный и почему? 2) Как отражается на течение заболевание наличие сахарного диабета? 3) Какие показания к выполнению ампутации? 4). Уровень ампутации? 5) Необходима ли длительная терапевтическая подготовка к операции?
Ответ	1) Влажный. Отсутствует демаркация, наличие вторичной инфекции. 2) Неблагоприятно, нарушение микроциркуляции в тканях, нарушение репаративных процессов. 3) Экстренная, по жизненным показаниям. 4) Ампутация конечности на уровне средней или нижней трети бедра. 5) После минимальной терапевтической подготовки.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 8 Больной 45 лет без сопутствующих заболеваний страдает облитерирующим атеросклерозом с окклюзией области бифуркации аорты, степень регионарной ишемии III. Протяженность окклюзированного участка обеих общих подвздошных артерий по данным ангиографии составляет до 11 см. Магистральное и периферическое русло нижних конечностей сохранено. ВОПРОСЫ: 1) Установите топический диагноз. 2) Какой еще метод исследования можно использовать для оценки состояния магистрального русла на конечностях? 3) Какой аускультативный феномен характерен для данного заболевания? 4) Каковы критерии хронической ишемии III степени? 5) Тактика лечения?
Ответ	1) Синдром Лериша, окклюзия обеих общих подвздошных артерий, хроническая ишемия III степени.

	2) УЗДГ, КТ с контрастированием, ангиография. 3) Систолический шум в проекции бифуркации аорты. 4) Перемежающаяся хромота, возникающая при ходьбе менее 50 метров. 5) Показана хирургическая операция - аортобедренное шунтирование в плановом порядке.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 9 Больная 40 лет поступила с жалобами на боли по ходу варикозно расширенных вен по медиальной поверхности верхней трети правой голени, нижней и средней трети бедра, общее недомогание, повышение температуры тела. Больна вторые сутки. Процесс начался после ушиба голени и быстро распространяется кверху. Варикозное расширение вен 20 лет. При осмотре: выраженное варикозное расширение вен системы большой подкожной вены без признаков трофических нарушений, гиперемия и припухлость по ходу вены. Пальпаторно - повышение кожной температуры и болезненное уплотнение на всем протяжении. Температура тела 37,6°. АД 120/70 мм рт. ст ВОПРОСЫ: 1) Сформулируйте развернутый диагноз. 2) Назовите причину данного обследования. 3) В чем опасность осложнения и представляет ли оно угрозу жизни больного? 4) Какой должна быть тактика поликлинического хирурга и дежурного хирурга стационара при поступлении такого больного? 5) Тактика хирурга в стационаре?
Ответ	1) Варикозная болезнь. Острый тромбофлебит поверхностных вен, быстро распространяющийся кверху. 2) Ушиб голени в проекции варикозно расширенной вены. 3) В быстром нарастании тромбоза в проксимальном направлении и угрозе тромбоэмболии легочной артерии. 4) Хирург поликлиники должен немедленно госпитализировать больного. 5) Дежурный хирург стационара должен выполнить в экстренном порядке операцию Троянова - Тренделенбурга.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 10 Больной 55 лет поступил в клинику с диагнозом: варикозное расширение поверхностных вен обеих ног. Жалобы при поступлении на боли по наружной поверхности левой голени и бедра и в пояснице, отеки в области нижней трети голени к вечеру, повышенную утомляемость и ощущение полноты в ногах. К утру проявления болезни исчезают, за исключением болей. При осмотре: выраженное варикозное расширение больших подкожных вен и их ветвей, небольшой отек с умеренной пигментацией кожи в области медиальных поверхностей и индурацией подкожной клетчатки в этой области, больше слева. Пульс на артериях стопы нормальный. ВОПРОСЫ: 1) Дополните диагноз при поступлении. 2) Какие дополнительные исследования нужны и для чего? 3) В каком лечении нуждается больной? 4) Если Вы за хирургическое лечение, то каким должен быть его объем? 5) Возможно ли медикаментозная терапия?
Ответ	1) Варикозная болезнь обеих нижних конечностей. Стадия декомпенсации с трофическими нарушениями. 2) Функциональные пробы для оценки состояния клапанов поверхностных, глубоких и коммуникативных вен и проходимости глубоких вен; флебография: восходящая - случае нарушения проходимости глубоких вен и ретроградная - при планировании коррекции клапанной недостаточности глубоких вен. 3) В хирургическом. 4) Флебэктомия по Троянову - Тренделенбургу, Бебкоку и Нарату и операция Линтона, а возможно и экстравазальная коррекция клапанной недостаточности глубоких вен по Веденскому. 5) Нецелесообразна.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 11 Больная 24 лет жалуется на повышенную утомляемость в ногах, пастозность в области голеностопных суставов к вечеру, иногда тупые боли в области голени. Все эти явления уменьшаются в положении лежа и полностью проходят за ночь. Больна 2 года. Указанные жалобы появились после беременности и родов. При осмотре больной и нижних конечностей варикозного расширения вен не выявлено. Кожные покровы нормальной окраски без каких-либо трофических нарушений. Умеренное поперечное плоскостопие. Пульс на артериях стопы нормальный. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. ВОПРОСЫ: 1) Что можно предположить у нашей больной? 2) Какая информация из семейного анамнеза может помочь Вам в постановке диагноза? 3) Какие исследования показаны в данном случае для подтверждения диагноза? 4) Необходима ли ангиография? 5) Какой должна быть лечебная тактика?
Ответ	1) Изолированную несостоятельность клапанного аппарата глубоких вен. 2) О наследственной предрасположенности к данной патологии. 3) УЗДГ, ретроградная флебография бедренной, а возможно и подколенной вен. 4) Нет. 5) При подтверждении диагноза - экстравазальная коррекция клапанной недостаточности бедренной (а возможно и подколенной) вены по Веденскому.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 12 Больная 36 лет перенесла 14 лет назад послеродовой тромбофлебит глубоких вен конечностей, после чего появились расширенные вены на голени. В настоящее время жалобы на тяжесть в правой ноге, отеки голени и стопы, возникающие к вечеру и проходящие к утру. Работает менеджером на выставке, много ходит. При осмотре: расширение вен в бассейне большой скрытой вены и ее притоков. Проба Троянова - Тренделенбурга положительная, проба Бэрроу - Шейниса положительная, Мейо - Пратта отрицательная. В нижней трети голени имеется участок гиперпигментации и индукции жировой клетчатки. ВОПРОСЫ: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную

	диагностику? 3) Какие дополнительные исследования необходимо назначить? 4) Тактика лечения больной? 5) Нужно ли медикаментозное лечение?
Ответ	1) Посттромботическая болезнь нижней конечности. Варикозная форма, III стадия. 2) С болезнью Вебера - Рубашова. 3) УЗДГ, рентгенофлебографическое исследование. 4) Хирургическое лечение - флебэктомия, субфасциальная коррекция глубоких вен (клапанов). 5) Не нужна.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 12 Больной 45 лет отмечает отек и распирающие боли в правой голени. Больным себя считает около 4-х лет после того, как просудился на охоте. Были боли в правой голени, покраснение, плотные, болезненные тяжи вдоль ноги, высокая температура. При флебографическом исследовании выявлены суженные магистральные вены голени с фестончатыми внутренними контурами, разрушение клапанного аппарата, такие же изменения выявлены и подколенной вене. Поверхностные вены расширены в области притоков. Отмечается ретроградный кровоток по коммуникантным венам. Трофических расстройств мягких тканей нет. ВОПРОСЫ: 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Стадия заболевания? 3) Круг дифференциального диагноза? 4) План дополнительного обследования? 5) Тактика лечения?
Ответ	1) Посттромботическая болезнь. Варикозная форма, 2) II стадия. 3) Хронический тромбофлебит 4) Не нужно. 5) Консервативное лечение.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 13 Больной 36 лет поступил в хирургическую клинику с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Болеет около 15 лет. Лечился амбулаторно у терапевта. Всякий раз после лечения наступало улучшение на 3-4 месяца. После последнего курса улучшения нет. При обследовании наряду с язвой 12-перстной кишки выявлена язва желудка. При исследовании желудочной секреции имеет место непрерывное кислотообразование высокой интенсивности. Учитывая длительность заболевания (более 10 лет) и малую эффективность проводимой ежегодно стационарной консервативной терапии укорочение промежутков между ремиссиями, принято решение оперировать больного. ВОПРОСЫ: 1) Какая операция показана этому больному? 2) Какой метод обезболивания предпочтителен 3) Каким должен быть объем операции? 4) Какой способ операции предпочтительнее нашему больному и почему? 5) Какие противопоказания существуют к резекции желудка по Бильрот-I и Бильрот-II?
Ответ	1) Резекция желудка в сочетании со стволовой ваготомией. 2) Интубационный наркоз 3) Не более 2/3 дистального отдела желудка. 4) Бильрот-II в модификации Ру для профилактики рака культи желудка в отдаленном послеоперационном периоде. 5) Дуоденостаз и предрасположенность к демпинг-синдрому соответственно.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 14 Больной 27 лет госпитализирован с жалобами на чувство тяжести в верхних отделах живота, обильную рвоту с неприятным запахом и остатками пищи, похудание. Выше описанные жалобы появились около 3 недель назад. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. В течение 6 лет, амбулаторное и санаторно-курортное лечение. При обследовании в эпигастральной области отмечается шум плеска натошак. Анализ крови: Нв - 145 г/л, гематокрит - 50%, лейкоц. - $6.4 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 20 мм/час, общий белок крови - 58 г/л, калий плазмы - 2.9 ммоль/л. ВОПРОСЫ:

	1) Какое осложнение язвенной болезни развилось? 2) Какие исследования позволяют уточнить диагноз и установить стадию заболевания? 3) Тактика лечения? 4) В чем заключается предоперационная подготовка? 5) Какая операция целесообразнее?
Ответ	1) Стеноз выходного отдела желудка. 2) Рентгенологическое исследование желудка с пассажем бария в течение 24 часов, ФГС. 3) Лечение только хирургическое. 4) Коррекция белковых, водно-электролитных нарушений, аспирация содержимого желудка, общеукрепляющая терапия. 5) Резекция по Бильрот 1.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 15 Больному 45 лет установлен диагноз рубцовый декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Считает себя больным в течение 1 месяца. Похудел на 15 кг. Анализ крови: Эр. 4,2 x 10¹², Нб - 150 г/л, гематокрит - 55%, лейкоциты - 7.4*10⁹/л. Общий белок - 55 г/л. Калий плазмы - 2.0 ммоль/л. Анализ мочи без патологии. ВОПРОСЫ: 1) Нуждается ли больной в оперативном лечении? 2) Если да, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка и как долго она будет проводиться? 3) Как необходимо готовить желудок в предоперационном периоде? 4) Как объяснить изменения со стороны анализа крови? 5) Есть ли в данном случае противопоказания к хирургическому лечению?
Ответ	1) Да. 2) Во в/в введении белковых препаратов, аминокислот, электролитов, жидкости для коррекции гипопроteinемии, волемии, гипокалиемии, и больной переводится на парентеральное питание. 3) Аспирация содержимого из желудка ежедневно в течение недели. 4) Обезвоживание и гемоконцентрация. 5) Нет.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 16 Больной 26 лет. В течение 2.5 недель находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1.8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастриальной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов. ВОПРОСЫ: 1) Сформулируйте развернутый диагноз? 2) Показано ли больному оперативное лечение? 3) Если показано, то какую операцию Вы бы выбрали? 4) Как готовить больного к операции? 5) Какое санаторно-курортное лечение можно рекомендовать после операции?
Ответ	1) Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. 2) Да. 3) Селективную проксимальную ваготомию с пилоропластикой или гастродуоденоанастомозом. 4) Ежедневная аспирация желудочного содержимого (7 дней), в/в белковые препараты, электролиты, аминокислоты. 5) Красноусольск, Железноводск, Ессентуки.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 17 Больной доставлен в отделение с жалобами на грыжевое выпячивание и боли в правой паховой области, задержку газов и стула. Заболел остро, около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота. В течение 6 лет страдает правосторонней пахово-мошоночной грыжей. От предлагаемого ранее оперативного лечения отказывался. В течение 10 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Последнее обострение месяц назад. Лечился амбулаторно. При выписке по данным ЭГДС - язва в стадии рубца. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс - 124 в минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Кишечные шумы резко ослаблены. В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание 8*7*6 см, напряженное, резко болезненное при пальпации, не вправляемое в брюшную полость. Определить наличие симптома "кашлевого толчка" из-за сильных болей не представляется возможным. При рентгенологическом исследовании - свободный газ в брюшной полости. ВОПРОСЫ:

	1) Ваш предположительный диагноз? 2) Какие исследования следует произвести для его подтверждения? 3) Какое лечение Вы предложите больному? 4) Соответствует ли клиническая картина характеру предполагаемой Вами патологии? 5) Что для подтверждения диагноза дает пневмогострография?
Ответ	1) Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, разлитой перитонит. 2) Обзорную рентгенографию органов брюшной полости. 3) Оперативное лечение: лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание перфоративной язвы, санация брюшной полости, дренирование. 4) Клиническая картина соответствует перфоративной язве. Причиной ошибки в диагностике может послужить "грыжа Брока", т.е. ложное ущемление имеющейся у больного пахово-мошоночной грыжи. 5) Появление свободного газа в брюшной полости.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 18 Больной 32 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Сегодня резкая боль в эпигастрии. Пальпаторно резкая болезненность, напряжение мышц брюшной стенки. АД - 80/60 мм рт. ст. Пульс - 56 в минуту. На обзорной R-грамме брюшной полости газа под куполами диафрагмы нет. В желудок через зонд введено 0,5 л кислорода. Исчезла печеночная тупость. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. В анализе крови 15×10^9 л лейкоцитов. ВОПРОСЫ: 1) Какое осложнение следует предполагать? 2) Что такое? 3) Можно ли сделать контрастное исследование желудка? 4) Как лечить больного? 5) Можно ли при отказе от операции применить консервативное лечение?
Ответ	1) Перфорация язвы. 2) Введение воздуха или кислорода в желудок и R-графия брюшной полости. 3) Нет. 4) Оперативно. 5) Да

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 19 Больной Н. 38 лет оперирован 3 месяца назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Была выполнена резекция желудка по Б-П. По истечении трёх недель после операции у больного через 10-12 минут после приема молока стали проявляться слабость, которая продолжалась в течение 30-40 минут, потливость. Работоспособность снизилась, потери веса нет, общее состояние удовлетворительное. ВОПРОСЫ: 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Причина вызвавшего заболевание? 3. Можно ли применить консервативное лечение? 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Демпинг-синдром легкой степени тяжести. 2. Резекция желудка по Б-П. 3. Показано консервативное лечение. 4. а) диетотерапия – частое высококалорийное питание небольшими порциями 5-6 раз в день) пищей, богатой белками, с ограничением сладкого, молочного и жидкости; б) желудочный сок, пепсин и панкреатин; в) для снижения перистальтической активности – координакс (цизаприд). 5. При соблюдении всех рекомендаций – благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 20 Больной 32 лет оперирован 3 года назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстер-Финстереру. Спустя два года появились сильные боли в эпигастрии, возникающие сразу же после еды. Похудел, т.к. плохо ел из-за боязни болей. При анализе желудочного сока выявлена высокая как базальная, так и стимулированная секреция соляной кислоты. На ФГС в области анастомоза обнаружена больших размеров язва. ВОПРОСЫ: 1. Предположительный диагноз? 2. Какие исследования следует произвести для его подтверждения? 3. Возможная причина заболевания? 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Пептическая язва гастроэнтероанастомоза. 2. В программу обследования включить определение гастрина, кальция и

	фосфора в крови, УЗИ поджелудочной и щитовидной железы. - Учитывая большие объемы резекции и высокую базальную секрецию, необходимо думать об экстрагастральной причине высокой кислотности, прежде всего о синдроме Золлингера-Эллисона, либо гиперпаратиреозе. - Если причина высокой остаточной кислотности будет найдена, её будет необходимо устранить. При не обнаружении таковой, кислотность можно будет снизить стволовой ваготомией, ререзекцией желудка, либо сочетанием этих операций. - Прогноз – благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 21 Больной 42 лет, оперирован по поводу язвенной болезни четыре года назад. Проведена резекция 1/2 желудка по Витебскому (гастроэнтероанастомоз с поперечным рассечением тонкой кишки). После операции отмечал чувство наполнения после еды, которое постепенно проходило. Спустя три года эти явления стали нарастать, появилась рвота съеденной накануне пищей. За последние три месяца потеря веса составила около семи килограммов. ВОПРОСЫ: - Предположительный диагноз? - Необходимые методы обследования? - Возможная причина заболевания? - Определите тактику дальнейшего лечения. - Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	- Стеноз гастроюнального анастомоза. - Диагноз подтвердят ФГС и рентгеноскопия желудка. - Резекция 1/2 желудка по Витебскому. - Показано оперативное лечение. Наиболее оптимальной будет ререзекция желудка. - Прогноз – благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 22 Больной 62 лет, оперирован 15 лет назад по поводу язвы желудка. Была выполнена резекция по Б –П. Все годы чувствовал себя хорошо. Три месяца назад появились боли в эпигастрии, слабость, отрыжка тухлым, резко снизился аппетит. За последние недели потерял шесть килограммов веса. ВОПРОСЫ: - Предположительный диагноз? - Дополнительные методы исследования? - Возможная причина заболевания? - Определите тактику дальнейшего лечения. - Каков прогноз данного заболевания?

Ответ	1. Раке культи желудка. 2. В программу обследования включить ФГС (с биопсией), рентгеноскопию желудка, УЗИ печени, рентгенографию грудной клетки. 3. Резекция по Б –II. 4. При подтверждении диагноза и операбельности процесса показана экстирпация культи желудка. 5. Прогноз – благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 23 Больной 52 лет оперирован три года назад по поводу язвенной болезни желудка. Произведена резекция желудка по Бильрот-1. После операции стал ощущать отрыжку пищей, изжогу. С течением времени эти явления усиливались. За год до поступления в стационар проводилась ФГДС- патологии в желудке и 12-перстной кишке не нашли. Последние месяцы жжение за грудиной и отрыжка были наиболее выражены в горизонтальном положении. Два дня назад госпитализирован в связи с подозрением на желудочное кровотечение легкой степени тяжести. ВОПРОСЫ: 1. Предположительный диагноз? 2. Дополнительные методы исследования? 3. Возможная причина заболевания? 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Язвенный рефлюксэзофагит. 2. В программу обследования необходимо включить ФГДС, рентгеноскопию желудка (стоя, лежа), беззондовую или зондовую дуоденографию, внутрипищеводную рН-метрию. 3. Его причиной могут быть грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, нарушения пилородуоденальной проходимости. 4. В зависимости от причины, вызывающей эзофагит, возможны операции - ререзекция по Ру, дуоденоюноанастомоз, фундопликация по Ниссену. 5. Прогноз – благоприятный.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 24 Больной Г. 32 лет оперирован 3 года назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы без нарушения дуоденальной проходимости. Произведена селективная проксимальная ваготомия. В течение полутора лет боли не беспокоили, при ФГДС язва не определялась. В последние 1,5 года появились вновь тошачковые боли, при исследовании желудочной секреции выявлена базальная продукция кислоты (БПК) - 10 ммоль/час, стимулированная продукция кислоты (СПК) – 30 ммоль/час. При проведении ФГДС на передней стенке луковицы 12-перстной кишки обнаружена язва до 10 мм в диаметре. ВОПРОСЫ: 1. Предположительный диагноз? 2. Дополнительные методы исследования? 3. Возможная причина заболевания? 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Рецидив язвенной болезни 12-перстной кишки. 2. В программу обследования необходимо включить ФГДС, рентгеноскопию желудка (стоя, лежа), беззондовую или зондовую дуоденографию, внутрипищеводную рН-метрию. 3. Результат неполной ваготомии и высокой остаточной кислотности. 4. При неуспехе консервативной терапии больному показана резекция желудка. 5. Прогноз – благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 25 В поликлинику обратился больной 56 лет. Перенес операцию 4 года назад – резекцию 2/3 желудка по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Через 2 года начали беспокоить боли в правом подреберье постоянного характера, две недели назад они стали постоянными. Накануне после приема жирной пищи отмечались сильные боли в этой же области, которые стихли после приема баралгина, однократно вырвало с желчью. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастриальной области. Печень и селезенка не пальпируются. ВОПРОСЫ: 1. Предположительный диагноз? 2. Какое дополнительное обследование необходимо? 3. Возможная причина заболевания? 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?

Ответ	1. Синдром приводящей кишки. ЖКБ, хронический холецистит. 2. В программу обследования должны входить УЗИ печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, почек, ФГС, выполнение общеклинических и биохимических анализов. При отсутствии патологии выполнить рентгенологическое обследование желудка с бариевой взвесью для исключения синдрома приводящей кишки (вариант рефлюкса). 3. Перенесенная операция 4 года назад – резекцию 2/3 желудка по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. 4. При обнаружении ЖКБ показано оперативное лечение. 5. Прогноз – благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 26 Вас, как участкового врача, пригласили на дом к больному 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью. Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи». Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Какую лечебную тактику Вы предпримете? 4. В чем будет заключаться первая помощь? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Диагноз: язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. 2. Необходимы ФГДС с эндоскопическим гемостазом, анализ крови и свертологии, группа крови. 3. При неэффективности эндоскопического гемостаза экстренная операция. При остановке кровотечения консервативное лечение с относительными показаниями к плановому оперативному лечению. 4. Первая помощь включает: строгий постельный режим, холод на живот, контроль пульса и давления, транспортировка на носилках в дежурный стационар. При падении АД катетеризация центральной вены и трансфузии кровезаменителей, гемостатиков во время транспортировки. 5. Прогноз – благоприятный.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 27 В хирургическое отделение доставлен больной 30 лет с жалобами на рвоту желудочным содержимым темно-коричневого цвета, однократный дегтеобразный стул. В анамнезе была изжога, принимал соду. Состояние было расценено как язвенная болезнь, осложненная кровотечением, кровопотеря средней степени тяжести. На ФГДС была обнаружена кровоточащая язва 12-перстной кишки, кровотечение методом орошения спиртом и копрофером остановить не удалось. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще способы эндоскопического гемостаза можно применить ? 3. Какие показатели пульса и давления были выявлены у больного? 4. Какое лечение предпримете при продолжающемся кровотечении? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Язва 12-перстной кишки, осложненная кровотечением. 2. Необходимо использовать методы электро- и диатермокоагуляции, клипирования и инъекционного гемостаза. 3. При кровопотере средней степени тяжести пульс в пределах 100-120 уд./мин, систолическое давление 100-80 мм рт.ст. 4. При продолжающемся кровотечении наиболее оптимальным будет иссечение (прошивание) язвы, пилоропластика, стволовая ваготомия. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 28 В приемный покой доставлен больной 38 лет с жалобами на тошноту, слабость, рвоту «кофейной гущей». Заболел за три дня до поступления, появились тощаковые боли в подложечной области, накануне ночью вырвало. В анамнезе хронический гастрит, дважды за последние два года госпитализировался в хирургическое отделение по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной кровотечением. После выписки лечился у гастроэнтеролога. При проведении ФГДС обнаружена в зоне луковицы 12-перстной кишки язва диаметром 5 мм с тромбированным сосудом в центре. После проведенного обкалывания язвы раствором глюкозы с адреналином и недельной консервативной терапии последняя зарубцевалась, стеноза нет. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Какую лечебную тактику Вы предпримете? 4. В чем будет заключаться первая помощь? 5. Каков прогноз данного заболевания?

Ответ	1. Язва 12-перстной кишки, состоявшееся кровотечение. 2. Рентген органов брюшной полости. 3. Учитывая три кровотечения за последние два года и неэффективность консервативной терапии больному показана плановая операция. Предметом выбора является органосохраняющая видеолaparо-скопическая ваготомия. 4. При продолжающемся кровотечении наиболее оптимальным будет иссечение (прошивание) язвы, пилоропластика, стволовая ваготомия. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 29 Машиной СМП доставлен больной 45 лет с жалобами на рвоту с кровью. В течение трех дней употреблял спиртное, после чего появилась рвота. Во время очередной рвоты он заметил свежую кровь в рвотных массах. Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 100 уд/мин, АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не определяются. Ректально – кал обычного цвета. Нб – 100г/л. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Ваши действия? 3. Какова вероятность успеха консервативной терапии? 4. В чем будет заключаться оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Синдром Маллори-Вейса. 2. Показана ФГС с эндоскопической остановкой кровотечения, консервативная терапия – хлористый кальций, викасол, этамзилат, аминокaproновая кислота, препараты крови, антисекреторные препараты. 3. Вероятность успеха консервативной терапии менее 10%. 4. Органосохраняющая видеолaparоскопическая ваготомия. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 30 В приемный покой доставлен больной с жалобами на слабость, головокружение, стул темного цвета. В анамнезе злоупотребление алкоголем. Объективно: кожные покровы бледные, пульс 100 уд./мин, АД – 110/70 мм. рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет асцита, в области мезогастрия выраженный венозный рисунок, печень не определяется, селезенка выступает из подреберья на 3 сантиметра, безболезненна. Ректально – мелена. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Какую лечебную тактику Вы предпримете? 4. В чем будет заключаться оперативное лечение?

	5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. 2. Дообследование: УЗИ брюшной полости, печени, воротной вены. Эндоскопическое исследование пищевода. 3. Лечение – оперативное. 4. Установка зонда Блекмора, коагулянтная и снижающая портальное давление терапия. При неэффективности эмболизация или лигирование кровоточащих вен, операция Пэди – прошивание вен кардиального отдела желудка. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 31 В приемный покой доставлен больной с жалобами на рвоту с кровью, слабость, холодный пот. Шесть месяцев назад больной перенес резекцию 2/3 желудка по Б – II по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Через два месяца после операции в связи с болями в эпигастриальной области, особенно по ночам, изжогами был обследован, диагностирована пептическая язва гастроэнтероанастомоза, в связи с чем была выполнена наддиафрагмальная трансторакальная стволовая ваготомия. Объективно: больной бледен, пульс – 110 уд./мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Нб – 90г/л. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Какую лечебную тактику Вы предпримете? 4. В чем будет заключаться оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Кровотечение из пептической язвы гастроэнтероанастомоза. Необходимо думать о синдроме Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозе. 2. Подтвердить диагноз могут УЗИ поджелудочной и щитовидной железы, исследование гастрина и уровня кальция в крови. 3. Проведение эндоскопического гемостаза. 4. Операция резекции желудка (вплоть до гастрэктомии) с ревизией поджелудочной железы (включая интраоперационное УЗИ) для выявления и удаления ульцерогенной аденомы. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 32 В реанимационное отделение поступил больной 60 лет после эндоскопического гемостаза инъекционным способом кровотечения из медиагастриальной язвы диаметром 2 см. Состояние расценено как тяжелое из-за массивной кровопотери. Пульс – 120 уд./мин, АД – 90/60 мм рт.ст., Нб – 70г/л. Начато консервативное лечение, однако, через 7 часов хирург вновь был приглашен в реанимацию в связи с развившимся у больного коллапсом. ВОПРОСЫ:

	1. Сформулируйте диагноз? 2. Какова причина коллапса? 3. Какой минимальный объем помощи необходимо оказать больному? 4. В чем будет заключаться оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Медиастральная язва. 2. Рецидив кровотечения из медиастральной язвы. 3. Показана экстренная операция. 4. Лапаротомия, гастротомия, прошивание кровоточащей язвы. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 33 Вы приглашены в токсикологическое отделение к больному 40 лет, поступившему в стационар два дня назад с отравлением суррогатами алкоголя. Врачи скорой помощи, а также, работники приемного покоя при поступлении дважды промывали пострадавшему желудок. Хирург приглашен в связи с жалобами пациента на боли загрудинно и в области мечевидного отростка, слюнотечение, высокую температуру тела. Объективно: состояние тяжелое, пульс 120 уд./мин, температура 39,0С, одышка 28 в мин. На шее определяется подкожная крепитация. Дыхание слева ослаблено. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Каковы осложнения заболевания? 3. Какие еще исследования Вы должны провести? 4. Дальнейшая тактика лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Повреждение пищевода. 2. Медиастинит, флегмона шеи, плеврит. 3. Диагноз можно уточнить с помощью рентгенографии грудной клетки, КТ, УЗИ, рентгеноскопии пищевода с водорастворимым контрастом, эзофагоскопии. 4. Учитывая большие сроки повреждения (более суток) разрыв стенки пищевода не ушивается. Лечение паллиативное – дренирование средостения, плевральной полости, клетчаточных пространств шеи, наложение гастро- или еюностомы по Ру. 5. Относительно благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 34 В приемный покой доставлен больной 40 лет с жалобами на дисфагию, невозможность проглотить воду, т.к. появляются боли за грудиной и срыгивание. В течение последнего месяца лечится амбулаторно бужированием по поводу рубцового сужения пищевода после ожога щелочью. Последние три недели питался жидкой пищей – кашей, бульонами. Объективно: больной пониженного питания,

	пульс 72 уд./мин, температура 36,50С, общее состояние ближе к удовлетворительному. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Ваши действия? 3. Дальнейшая тактика лечения? 4. В каких случаях показано оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Обтурация пищей рубцово-суженного пищевода. 2. Нужна неотложная эзофагоскопия для извлечения пищевого комка. 3. Консервативное лечение – бужирование пищевода. Оно эффективно в 90-95%. 4. Оперативное лечение только при полной обтурации пищевода, перфорации его стенки, формировании пищеводно-трахеальных свищей. Создание искусственного пищевода желательно через 2 года с момента ожога. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 35 К врачу поликлиники обратилась больная 25 лет с жалобами на появление боли за грудиной после приема пищи, боли проходят после ее срыгивания, или купируются приемом теплой воды. Больна около месяца, заболевание развилось после длительного эмоционального напряжения, связанного со сдачей экзаменов. Общее состояние удовлетворительное, питания среднего. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Ваши действия? 3. Какие еще исследования Вы должны провести? 4. Тактика лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Ахалазия кардии (кардиоспазм). 2. Необходимо исключить рак кардии. 3. Обследование: рентгеноскопия пищевода, эзофагофиброскопия. 4. Основным методом лечения начальных стадий заболевания являются диета, прием нитропрепаратов, ганглиоблокаторов, баллонная кардиодилатация. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 36 К терапевту в поликлинику обратилась женщина 55 лет с жалобами на изжогу, срыгивание желудочного содержимого при наклоне туловища вперед. Больна около трех лет, последний месяц отмечает появление срыгивания в ночное время. При объективном обследовании патологии нет.

	ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Ваши действия? 4. В каких случаях показано оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Халазия (недостаточность) кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. 2. Обследование: рентгенологическое исследование стоя, лежа (в положении Тренделенбурга), эзофагофиброгастродуоденоскопия, внутриводная РН-метрия. 3. Консервативное лечение: диета, антисекреторные и обволакивающие препараты, прокинетики. 4. При неэффективности - операция, чаще всего фундопликация по Ниссену. Возможно её видеолaparоскопическое исполнение. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 37 К участковому терапевту обратился больной 40 лет с жалобами на затруднения при проглатывании пищи, ощущение кома в горле, гнилостный запах изо рта, появление регургитации накануне съеденной пищей в небольшом количестве. Болен год. При осмотре во время отведения головы назад врач обнаружил на боковой поверхности шеи слева выпячивание 3х3 см, мягкой консистенции, безболезненное, уменьшившееся при пальпации. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Возможна ли в данном случае консервативная терапия? 4. Тактика лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Глоточно-пищеводный дивертикул (Ценкера). 2. Подтвердит диагноз рентгенологическое исследование с водной взвесью бария сульфата. 3. Нет. 4. Лечение оперативное. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 38 К хирургу обратился больной 65 лет, который во время приема пищи случайно проглотил сломавшийся зубной протез. Жалобы на боли по ходу пищевода во время глотания, при попытке выпить воды после нескольких глотков появляются чувство

	давления загрудинно и срыгивание. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Ваши действия? 4. В каких случаях показано оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Инородное тело пищевода. 2. Необходимо выполнить обзорную рентгенограмму, эзофагоскопию. 3. Попытаться удалить или протолкнуть в желудок инородное тело с помощью фиброгастроскопа. Из желудка возможно отхождение обломков протеза естественным путем. 4. При неуспехе показаны эзофаготомия, гастротомия. 5. Благоприятное.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 39 Больной Б. 78 лет 6 раз госпитализировался в кардиологическое отделение с диагнозом «Инфаркт миокарда» на основании жалоб на резчайшие боли за грудиной, не купирующиеся нитроглицерином, морфином и спазмолитиками. Боли беспокоили в течении нескольких часов, сопровождались рвотой и снижением АД. Они возникали после приёма обильной пищи. Строгий постельный режим, назначенный в этот момент, ухудшал состояние больного, поэтому не смотря на запреты врачей он самостоятельно садился в постели, что приносило ему облегчение. Неоднократные ЭКГ не выявляли свежих очаговых или рубцовых изменений миокарда. При тщательном расспросе больного удалось выяснить, что у него периодически отмечаются срыгивания, изжога, слюнотечение и громкая отрыжка воздухом. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Ваши действия? 4. В каких случаях показано оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Диафрагмальная грыжа. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рефлюкс – эзофагит. 2. Эзофагогастроскопия. Рентген пищевода. Внутривентрикулярная РН-метрия. 3. Лечение консервативное. 4. При неэффективности консервативного лечения – операция фундопликация по Ниссену. 5. Благоприятный.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 40 Больная 50 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на выделение крови из соска при надавливании на него. Месяц назад заметила на бюстгальтере в зоне прилегания соска бурые пятна. В анамнезе две беременности, которые закончились абортами. В настоящее время менопауза. Объективно: при осмотре молочная железа обычной формы, пальпаторно мягкая. При надавливании на нижневнутренний квадрант ближе к соску появляются кровянистые выделения из соска. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Внутрипротоковая аденома – болезни Минца. 2. УЗИ, цитология мазка, дуктография, МРТ. 3. Консультация онколога. 4. Оперативное лечение. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 41 Больная 20 лет обратилась к хирургу по поводу округлого образования в правой молочной железе, которое она сама прощупала два года назад, за медицинской помощью не обращалась. В детском возрасте болела туберкулезом легких, по поводу которого проходила лечение в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время снята с учета. Объективно: у больной беременность 30 недель. При пальпации в правой молочной железе определяется узел размером 2х2 см, плотный, подвижный, безболезненный. В положении лежа узел определяется менее четко (симптом Кенига отрицательный), выделений из соска нет, подмышечные лимфоузлы не увеличены. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Фиброаденома молочной железы. Беременность 30 недель. 2. УЗИ молочной железы, тонкоигольная биопсия, МРТ. 3. Консультация онколога о решении вопроса об оперативном лечении. 4. Секторальная резекция молочной железы в онкодиспансере. Выбор метода

	дальнейшего лечения – химио- или лучевая терапия после родоразрешения. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 42 Больная 65 лет доставлена в приемный покой с жалобами на приступообразные боли в эпигастрии и правом подреберье, желтушность кожных покровов, ознобы. Боли подобного характера беспокоят в течение 5 лет после перенесенной холецистэктомии. Лечилась приемом Но-шпы, не обследовалась. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы желтушные, температура 38,00С, пульс 110 уд/мин, язык сухой, обложен белым налетом. При пальпации живота выявляются умеренное напряжение и болезненность в эпигастральной области и правом подреберье. Лейкоцитоз – 17,0.109/л, общий билирубин – 110 мкмоль/л, прямой – 84 мкмоль/л, не прямой – 26 мкмоль/л, амилаза крови – 118,0 г/л в час. Заключение УЗИ: печень без очаговых образований, желчный пузырь отсутствует, общий желчный проток расширен до 18 мм. При РХПТ выявлен в нем крупный конкремент, который после эндоскопической папиллотомии извлечь не удастся. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие изменения имеются при проведении инструментальных методов исследования? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Постхолецистэктомический синдром. 2. УЗИ: печень без очаговых образований, желчный пузырь отсутствует, общий желчный проток расширен до 18 мм. При РХПТ выявлен в нем крупный конкремент. 3. Повторное проведение РХПГ. 4. Необходимо в папилле оставить потерянный дренаж, проведенный выше камня для разрешения желтухи и ликвидации явлений холангита. В последующем либо использовать литотриптор, либо выполнить лапаротомию, холедохолитотомию. 5. Благоприятный.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 43 Машиной СМП в приемный покой доставлена больная 45 лет с жалобами на внезапно появившиеся сильные боли в эпигастральной области без иррадиации, тошноту, многократную рвоту. Заболела вечером накануне, принимала Но-шпу, боли в течение ночи сохранялись, утром вызвала машину СМП. В анамнезе калькулезный холецистит, не оперирована. Объективно: имеется иктеричность склер, температура 36,70С, живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень и желчный пузырь не определяются. Общий билирубин крови 65 мкмоль/л, амилаза крови 40 г/л в час. При ультразвуковом исследовании желчный пузырь обычных размеров, содержит мелкие конкременты, общий желчный проток 8 мм в диаметре. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие изменения имеются при проведении инструментальных методов исследования? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. ЖКБ, обтурационный папиллолитиаз, механическая желтуха, острый панкреатит. 2. При ультразвуковом исследовании желчный пузырь обычных размеров, содержит мелкие конкременты, общий желчный проток 8 мм в диаметре. 3. Показан срочный осмотр БДС, при выявлении признаков его обтурации эндоскопическая папиллотомия с литоэкстракцией. 4. Плановая холецистэктомия. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 44 Больной П. 30 лет, поступил в клинику через сутки с момента заболевания с жалобами на сильные боли в правом подреберье, рвоту, выраженную желтушность склер и кожных покровов. Из анамнеза известно: Сутки назад возникли боли в правом подреберье, тошнота, затем появилась желтушность склер и кожных покровов. Болен 4 года. Приступ болей четвертый. Три предыдущих приступа также сопровождались рвотой, высокой температурой и желтухой. Объективно: Состояние средней тяжести. Пульс 116 в 1 минуту, ритмичный. Язык сухой. Живот правильной формы, ограничено участвует в дыхании. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье и эпигастрии. Лабораторные данные: количество лейкоцитов 12,4 x 10⁹/л, билирубин 160,7 мкмоль/л. ВОПРОСЫ:

	1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Осложнения: механическая желтуха. Местный перитонит. 2. УЗИ, РХПГ. 3. Консервативная терапия: НПВС, антибактериальная. 4. Холецистэктомия (от шейки, с отдельной перевязкой пузырного протока и пузырной артерии). 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 45 В поликлинику к терапевту обратился больной 17 лет, считающий себя совершенно здоровым. Жалоб нет. Со слов родителей у сына периодически появляется желтушность кожных покровов и склер, проходящая без лечения. Общее состояние удовлетворительное, имеется иктеричность склер, печень обычных размеров, селезенка не увеличена. По УЗИ очаговых образований в печени и поджелудочной железе нет, желчный пузырь и желчные протоки без патологии. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Вирусный гепатит, синдром Жильбера, синдром Даби-Джонсона, гемолитическая анемия, описторхоз 2. Определение осмотической резистентности и продолжительности жизни эритроцитов, изучение маркеров гепатита и описторхоза, проведение пробы Кумбса, дуоденального зондирования. 3. Возможно, понадобятся пункционная биопсия печени. 4. Лапароскопия. 5. Благоприятный.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 46 Больной 30 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на постоянные небольшие боли в правом подреберье, сопровождающиеся ознобами. Пять дней назад появилась желтуха, которая нарастает. За месяц до появления желтухи был оперирован по поводу пенетрирующей в печеночно-дуоденальную связку язвы 12-перстной кишки. Выполнена резекция желудка по Б.П. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 37,50С, видимая на глаз желтуха. Живот мягкий, практически безболезненный, печень и желчный пузырь не пальпируются. Размеры печени по Курлову 10х9х7 см. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Рубцовая стриктура гепатикохоледоха, механическая желтуха, холангит. 2. Диагноз билиарной гипертензии подтвердит УЗИ. 3. Показана срочная госпитализация в специализированное хирургическое отделение. 4. РХПГ. 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 47 В поликлинику к терапевту обратился приехавший из района больной 65 лет с жалобами на слабость, тошноту, кожный зуд, желтуху. Болен в течение месяца, появились небольшие боли в подложечной области, правом подреберье, снизился аппетит, неделю назад заметил потемнение мочи и светлый кал. За это время похудел на 7 кг. Раньше ничем не болел. Объективно: питания среднего, кожные покровы желтушные, имеются расчесы. Живот мягкий, безболезненный, в правом подреберье пальпируется плотно-эластическое, безболезненное образование 5х5 см. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения?

	5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Опухоль головки поджелудочной железы, механическая желтуха. 2. Подтвердят диагноз УЗИ (или КТ, МРТ) печени и поджелудочной железы. 3. Показана срочная госпитализация в специализированное хирургическое отделение. 4. Предполагаемое радикальное лечение – панкреатогастродуоденальная резекция, паллиативное – наложение билиодигестивного анастомоза (гепатикоеюнального соустья). 5. Благоприятный.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 48 Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и правое плечо, с повышением температуры до 38,0°C. За последний месяц такие приступы участились, отмечает появление болей больше в эпигастрии. Иногда после приступа появляется желтуха, которая быстро исчезает. Провоцирует боли жирная и жареная пища, снимает Но-шпа. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 уд./мин, склеры иктеричные. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный, печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитов в крови $9,0 \times 10^9/\text{л}$; билирубин сыворотки крови общий – 40,0 мкмоль/л; прямой – 30,0 мкмоль/л, непрямой – 10,0 мкмоль/л. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. ЖКБ, обтурационный холедохолитиаз, механическая желтуха. 2. УЗИ печени, при расширении общего желчного протока выполнение ретроградной холангиографии. 3. При подтверждении диагноза - операция эндоскопическая папиллотомия (балонная дилатация) с литоэкстракцией. 4. При холецистолитиазе - холецистэктомия. 5. Благоприятный.

ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 49 В поликлинику обратился больной 60 лет с жалобами на появившийся ахоличный стул, темную мочу, а через несколько дней без боли желтушное окрашивание кожи и склер, небольшой кожный зуд. В начале заболевания пациент находился в командировке и принял решение вернуться домой. Через три дня дома отметил уменьшение желтушности кожных покровов, склер и появление темного стула. В анамнезе хронический гастрит, при неоднократном проведении ФГДС другой патологии не находили. За шесть месяцев до этого пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра. Объективно: общее состояние удовлетворительное, желтушность кожных покровов, пульс 70 уд./мин, АД=120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, в правом подреберье определяется плотно-эластическое, безболезненное образование 6х8 см. Печень и селезенка не пальпируются. Ректально – мелена. Лабораторно - общий билирубин 68,4; прямой - 51,3; не-прямой - 17,1 мкмоль/л; АЛТ, АСТ – небольшое превышение нормы. Анализ крови без особенностей. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Опухоль фатерова соска, осложненная кровотечением, механическая желтуха. 2. ФГДС с биопсией из опухоли, УЗИ печени, поджелудочной железы, анализ крови, изучение свертываемости крови. 3. Госпитализация в хирургическое отделение стационара. 4. Предполагается хирургическое лечение – папилэктомия или панкреатодуоденальная резекция. 5. Учитывая злокачественный процесс – относительно благоприятный при условии 5 летней выживаемости.
ОПК-4; ПК-5; ПК-6	ЗАДАЧА 50 Как врача реанимационной бригады Вас вызвали к пострадавшему, предъявляющему жалобы на боли в грудной клетке справа, правой половине живота, слабость, головокружение. Около 20 минут тому назад кузовом машины прижат к стене. Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз лица. Пульс 120 уд./мин, АД - 60/20 мм рт.ст. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. При пальпации определяется болезненность на уровне 7-11 ребер, крепитация. Дыхание справа прослушивается, ослаблено. Пальпация правой половины живота болезненна. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В отлогах местах

	определяется свободная жидкость. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Осложнения травмы? 3. Объем помощи в пути? 4. Последовательность действий в стационаре? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	1. Сочетанная травма, перелом 7-11 ребер справа. 2. Пневмоторакс. 3. Необходима на месте катетеризация центральной вены, переливание коллоидных плазмозаменителей в сочетании с кристаллоидами для стабилизации гемодинамики во время транспортировки. 4. В условиях стационара транспорт в операционную. На операционном столе осмотр реаниматолога, хирурга и травматолога, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, общеклинические анализы, плевральная пункция. При отсутствии крови и наличии пневмоторакса – дренирование плевральной полости, лапаротомия. 5. Благоприятный.

Задания

Отчетная документация по учебной практике.

Во время прохождения учебной практики студент должен систематически оформлять следующие документы:

- дневник учебной практики (дневник заполняется ежедневно, в 18 листовой тетради!);
- сводный отчет с характеристикой (распечатанный на 1 листе 2-х сторонняя печать) + печать медицинской организации, подписи руководителя медицинской организации и базового руководителя практики, вузовского руководителя практики;
- реферат (распечатанный)

Перечень практических умений и навыков для проведения текущей аттестации по разделам (этапам) производственной практики, осваиваемым обучающимся самостоятельно:

№	Манипуляция (умение, навык, владение)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
---	---------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------

1.	Опрос и физикальное обследование больных с патологией внутренних органов в условиях стационара	ПК-5 ПК-6	10	
2.	Составление плана лабораторно-инструментального обследования в соответствии с нозологией	ПК-5	10	
3.	Оценка результатов лабораторно-инструментальных исследований:	ОПК-4, ПК-5		
	-общего анализа крови		10	
	-анализов мочи (общего, по Нечипоренко, Зимницкому)		10	
	- анализ мочи		3	
	-биохимического анализа крови		10	
	-электрокардиографии, эхокардиографии		10	
	-УЗИ органов брюшной полости и почек		5	
	-Р-графии органов грудной клетки		5	
	-КТ органов грудной клетки и брюшной полости		1	
	-фиброгастродуоденоскопии		3	
	-спирографии		3	
	-плеврального пунктата		1	
4.	Формулировка клинического диагноза по современным классификациям	ПК-6	10	
5.	Владение навыками следующих мероприятий:	ОПК-4, ПК-5		
	-запись ЭКГ		5	
	-измерение АД		10	
	-определение реакции зрачков на свет		1	
	-определение группы крови по системе АВО и резус-фактора (Rh)		1	
	-выполнение пробы на индивидуальную совместимость крови донора и больного		1	
	-проведение плевральной пункции (ассистирование)		1	

№	Манипуляция (умение, навык)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
1.	Написание академической истории болезни	ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7)	10	
2.	Аускультация живота	ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7)	15	
	Перкуссия живота		15	
	Ректальное пальцевое исследование и вагинальное исследование для определения тазового абсцесса		3	
	Пальпация и перкуссия печени		10	
	Пальпация желчного пузыря		10	
	Осмотр анальной области		3	
	Осмотр и пальпация молочной железы, регионарных лимфатических узлов		5	
	Определение размеров грыжевого выпячивания, оценка его поверхности, консистенции и данных перкуссии		5	

№	Манипуляция (умение, навык)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
	Определение размеров грыжевых ворот		5	
3.	Чтение и трактовка рентгенограмм	ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7)	10	
	Определение размеров грыжевого выпячивания, оценка его поверхности, консистенции и данных перкуссии		5	
	Определение размеров грыжевых ворот		5	
	Трактовка данных холеграмм до – и интраоперационных		5	
	Трактовка данных УЗИ печени и желчных путей		5	
	Трактовка данных УЗИ поджелудочной железы		5	
	Трактовка данных маммографии, УЗИ, пункционной биопсии		10	
	Трактовка данных УЗИ, радиоизотопных методов обследования, пункционной биопсии		10	
4.	Показать методику определения симптомов раздражения брюшины	ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7)	15	
	Показать методику определения симптомов при остром аппендиците.		15	
	Показать методику определения симптомов при остром холецистите		10	
	Показать методику определения симптомов при остром панкреатите		10	
5.	Вправление грыжевого содержимого	ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7),	5	
	Техника назо-гастрального зондирования		3	
	Техника и трактовка данных холеграмм до – и интрасперационных		5	
	Техника холецистохолангиографии.		5	
	Ректороманоскопия		5	
	Техника проведения ирригографии		3	
	Техника выполнения сифонной клизмы		1	
	Применение индивидуального перевязочного пакета		1	
	Пункция брюшной полости при асците		3	
	Методика наложения калоприемника		3	
	Определение стерильности белья, материалов в биксе		5	
	Одевание стерильного халата, перчаток с помощью сестры		2	
	Одевание стерильного халата при отсутствии сестры		2	
	Подготовка системы для внутривенной инфузии		10	
	Подобрать хирургический инструментарий для аппендэктомии		5	
	Подобрать хирургический инструментарий для холецистэктомии		5	
	Подобрать хирургический инструментарий для операций при ранении сердца		5	
	Подобрать хирургический инструментарий для резекции желудка		3	
6.	Методика остановки пищевого кровотечения (с	ПК-5, ПК-6,	3	

№	Манипуляция (умение, навык)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
	помощью зонда Блэкмора)	(А/05.7), (А/01.7),		
	Методика выполнения промывания желудка		3	
	Вскрытие флегмоны		5	
	Вскрытие абсцесса		5	

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)**

**ДНЕВНИК
по производственной практике**

« _____ »

Обучающегося/-йся _____

Ф.И.О.

группы _____ курса _____ факультета

Сроки практики с « _____ » _____ года по « _____ » _____ года

Медицинская организация (база практики) _____

(город, посёлок, село, название медицинской организации)

Вузовский руководитель практики _____

(подпись, Ф.И.О.)

Базовый руководитель практики _____

(подпись, Ф.И.О.)

Руководитель медицинской организации _____

(подпись, Ф.И.О.)

Дата	Содержание выполненной работы	Подпись базового руководителя практики
	1 день: Инструктаж по охране труда и технике безопасности в медицинской организации (отметка (печать) о прохождении с подписью инструктирующего и инструктируемого) Приказы МЗ РФ и МЗ РБ, регламентирующие содержание выполняемой работы (пишутся письменно обучающимся) Манипуляции, проводимые во время прохождения практики согласно перечню сводного отчета (с кратким описанием теории) В конце дневника описание научно-исследовательской работы, проведенной обучающимся во время практики	

Обучающийся _____

(подпись, Ф.И.О.)

Вузовский руководитель практики _____

(подпись, Ф.И.О.)

Сводный отчет по производственной практике

«Практика диагностического профиля»

Обучающегося/-йся (Ф.И.О.) _____
 группы _____, проходившего производственную
 практику с _____ по _____ 20__ г. на базе _____

(терапия)

№	Манипуляции (умение, навык, владение)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
1.	Клиническое обследование больных с патологией внутренних органов в условиях стационара (сбор анамнеза, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация)	ПК-5 (А/02.7), ПК-6 (А/02.7)	10	
2.	Составление плана дополнительного обследования больных в соответствии с нозологией	ПК-5 (А/02.7)	10	
3.	Оценка результатов лабораторно-инструментальных исследований:	ПК-5 (А/02.7)		
	- общего анализа крови		10	
	- анализов мочи (общего, по Нечипоренко, по Зимницкому)		10	
	-пробы Реберга-Тареева, величины СКФ			
	- анализов мокроты (общего, на ВК, флору и чувствительность к антибиотикам)		3	
	- биохимического анализа крови		10	
	- маркеров некроза миокарда (тропонин, миоглобин, КФК-МВ, ЛДГ)		1	
	- коагулограммы		3	
	- плеврального пунктата		1	
	-электрокардиографии		10	
	-суточного мониторирования АД и ЭКГ		2	
	-эхокардиографии		3	
	-спирографии		3	
	-R-графии органов грудной клетки, желудка		5	
	-КТ- органов грудной клетки, брюшной полости и почек		1	
	-фиброгастродуоденоскопии		2	
	-УЗИ органов брюшной полости и почек		5	
4.	Формулировка клинического диагноза по современным классификациям	ПК-6 (А/02.7)	10	
5.	Владение навыками следующих мероприятий:	ПК-5 (А/02.7)		
	- определение группы крови по системе АВО и резус-фактора (Rh)		1	
	-выполнение пробы на индивидуальную совместимость крови донора и больного		1	
	-запись ЭКГ		5	
	-измерение АД		10	
	-определение реакции зрачков на свет		1	
	-определение сатурации кислорода методом пульсоксиметрии		3	
	-определение сахара крови и мочи с помощью индикаторных полосок		2	
6.	Оформление медицинской карты стационарного больного	ПК-6 (А/02.7)	10	
7.	Дежурство в приемном отделении стационара	ПК-5 (А/02.7), ПК-6 (А/02.7)	1	
8.	Беседы с больными на санитарно-просветительные темы	ПК-5 (А/02.7)	10	

(хирургия)

№	Манипуляция (умение, навык)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
1.	Написание академической истории болезни	ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7)	10	
2.	Аускультация живота	ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7)	15	
	Перкуссия живота		15	
	Ректальное пальцевое исследование и вагинальное исследование для определения тазового абсцесса		3	
	Пальпация и перкуссия печени		10	
	Пальпация желчного пузыря		10	
	Осмотр анальной области		3	
	Осмотр и пальпация молочной железы, регионарных лимфатических узлов		5	
	Определение размеров грыжевого выпячивания, оценка его поверхности, консистенции и данных перкуссии		5	
	Определение размеров грыжевых ворот		5	
3.	Чтение и трактовка рентгенограмм	ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7)	10	
	Определение размеров грыжевого выпячивания, оценка его поверхности, консистенции и данных перкуссии		5	
	Определение размеров грыжевых ворот		5	
	Трактовка данных холеграмм до – и интраоперационных		5	
	Трактовка данных УЗИ печени и желчных путей		5	
	Трактовка данных УЗИ поджелудочной железы		5	
	Трактовка данных маммографии, УЗИ, пункционной биопсии		10	
	Трактовка данных УЗИ, радиоизотопных методов обследования, пункционной биопсии		10	
4.	Показать методику определения симптомов раздражения брюшины	ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7)	15	
	Показать методику определения симптомов при остром аппендиците.		15	
	Показать методику определения симптомов при остром холецистите		10	
	Показать методику определения симптомов при остром панкреатите		10	
5.	Вправление грыжевого содержимого	,ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7),	5	
	Техника назо-гастрального зондирования		3	
	Техника и трактовка данных холеграмм до – и интрасперационных		5	
	Техника холецистохолангиографии.		5	
	Ректороманоскопия		5	
	Техника проведения ирригографии		3	
	Техника выполнения сифонной клизмы		1	
	Применение индивидуального перевязочного пакета		1	
	Пункция брюшной полости при асците		3	
	Методика наложения калоприемника		3	
	Определение стерильности белья, материалов в биксе		5	
	Одевание стерильного халата, перчаток с помощью сестры		2	
	Одевание стерильного халата при отсутствии сестры		2	
	Подготовка системы для внутривенной инфузии		10	
	Подобрать хирургический инструментарий для аппендэктомии		5	
	Подобрать хирургический инструментарий для холецистэктомии		5	
	Подобрать хирургический инструментарий для операций при		5	

№	Манипуляция (умение, навык)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
	ранении сердца			
	Подобрать хирургический инструментарий для резекции желудка		3	
6.	Методика остановки пищевого кровотечения (с помощью зонда Блэкмора)	ПК-5, ПК-6, (А/05.7), (А/01.7),	3	
	Методика выполнения промывания желудка		3	
	Вскрытие флегмоны		5	
	Вскрытие абсцесса		5	

ХАРАКТЕРИСТИКА

Руководитель
медицинской организации _____
(ФИО, подпись)

М.П.

Базовый руководитель практики _____
(ФИО, подпись)

Вузовский руководитель практики _____
(ФИО, подпись)

Дата ____/____/20__ г.

ШКАЛЫ И КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Производственная практика «Практика диагностического профиля»

Проведение экзамена по дисциплине Производственная практика «Практика диагностического профиля» как основной формы проверки знаний, умений и навыков обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

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

Высокий уровень (отлично) заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала дисциплины и предшествующих клинических и медико-биологических дисциплин;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся в полном объеме владеет навыками объективного обследования ребенка, правильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, в полном объеме назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и правильно интерпретирует их результаты, правильно обосновывает клинический диагноз в полном соответствии с классификацией, в полном объеме назначает лечение с указанием возрастных дозировок, умеет правильно выписать рецепт на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения) заполняется разработчиком.

Средний уровень (хорошо) заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа (обучающийся допускает неточности в ответе на вопросы, в задаче, в формулировке диагноза, в интерпретации результатов параклинического исследования при полном объеме обследования больного, допустил некоторые неточности в дозировке лекарственных препаратов при полном объеме комплекса лечебных мероприятий);
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся владеет навыками объективного обследования ребенка, но допускает неточности при их выполнении, испытывает некоторые затруднения при оценке отдельных показателей физического, полового и нервно-психического развития, в объеме, достаточном для постановки диагноза, назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и затрудняется с интерпретацией отдельных показателей, не в полной мере обосновывает основной клинический диагноз, назначает основные этиопатогенетические препараты с указанием возрастных дозировок, но допускает неточности, выписывает рецепты на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения, но допускает неточности в указании формы выпуска) заполняется разработчиком.

Минимальный уровень (удовлетворительно) заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;

- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ (обучающийся правильно ответил на большинство из поставленных вопросов (70%), демонстрируя при этом неглубокие знания);
- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий (обучающийся не может выполнить большую часть практических умений или допускает существенные неточности в их выполнении, допускает существенные ошибки при оценке физического, полового и нервно-психического развития, затрудняется в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, формулирует клинический диагноз не в полном объеме и/или формулировка диагноза не соответствует классификации, назначает отдельные этиопатогенетические препараты, при этом испытывает затруднения при выписке рецептов) заполняется разработчиком.

Минимальный уровень не достигнет (неудовлетворительно) заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы (обучающийся не смог ответить на вопросы билета, а также на дополнительные и наводящие вопросы экзаменатора, не решил задачу);
- неумение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся не может выполнить практические умения или допускает существенные неточности в выполнении большинства умений, неправильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, допускает существенные ошибки в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, не может обосновать и сформулировать клинический диагноз, назначает отдельные симптоматические препараты, при этом не может выписать рецепты)/заполняется разработчиком.

ПРОТОКОЛ
экспертизы оценочных материалов

г. Уфа
25.04.2023 г.

По производственной практике
«Практика диагностического профиля»
31.05.01 Лечебное дело

Оценочные материалы разработаны в соответствии с учебным планом по специальности 31.05.01. Лечебное дело, утвержденным Ученым советом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России от 30 мая 2023 года, протокол №5, рабочей программой дисциплины, ОПОП ВО по специальности 31.05.01. Лечебное дело (2023 г.), положением по разработке, подготовке и оформлению оценочных материалов ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, утвержденным решением ученого совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России от 29.08.2017 г, протокол №7.

В ходе экспертизы установлено:

1. Перечень формируемых компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в ходе освоения ОПОП ВО, соответствуют ФГОС ВО 3++.
2. Критерии и показатели оценивания компетенций, шкалы оценивания обеспечивают проведение всесторонней оценки результатов обучения, уровня сформированности компетенций.
3. Материалы оценки результатов обучения ОПОП ВО 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 ОМ соответствует учебному плану направления подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело.
5. Содержание ОМ соответствует целям ОПОП ВО по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело, профстандартам будущей профессиональной деятельности обучающихся.
6. Качество ОМ обеспечивает объективность и достоверность результатов при проведении оценивания результатов обучения.
7. Качество ОМ подтверждается следующими экспертными заключениями:
 - Первый заместитель министра здравоохранения Республики Башкортостан А.С. Рахматуллин;
 - Директор института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского

федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), д.м.н., профессор Б.А. Волель;
· Директор института клинической медицины федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., доцент Д.Ю. Константинов.

Общие выводы:

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

- оценить результаты освоения ОПОП ВО как по отдельным дисциплинам (модулям), практикам, этапам научного исследования, так и в целом по ОПОП;
- выявить уровень сформированности общепрофессиональных ОПК- 4, профессиональных ПК-5, ПК-6 компетенций, определенных во ФГОС ВО 3, на каждом этапе формирования компетенций.

Председатель ЦМК
по терапевтическим
дисциплинам



Л.В. Волевач

ФИО

Протокол № 6 от «24»
апреля
2023 г.

подпись

Председатель УМС
специальности 31.05.01



Е.Р. Фаршатова

ФИО

Лечебное дело

Протокол № 5 от «25»
апреля 2023 г.

подпись

Дата

