

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ

Директор по учебной работе

А.А. Цыглин А.А. Цыглин

29» июня 20 *18* г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

дисциплины

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Разработчик	Кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО
Направление (специальность) подготовки	31.05.01 Лечебное дело (специалитет)
Наименование ООП	ООП ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
ФГОС ВО	по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело утвержден Минобрнауки РФ, приказ №95 от 09.02.2016г.

СОГЛАСОВАНО

Председатель УМС по специальности

31.05.01 Лечебное дело

Д.А. Валишин Д.А. Валишин

«29» июня 2018г.

Одобрено на заседании кафедры

поликлинической терапии с курсом ИДПО

от «27» июня 2018г.,

протокол № 11.

Начальник отдела качества образования

и мониторинга

А.А. Хусаенова А.А. Хусаенова

«29» июня 2018 г.

Утверждено на заседании ЦМК по

терапевтическим дисциплинам

от «28» июня 2018г.,

протокол № 7.

Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся специалитета, освоивших дисциплину «Поликлиническая терапия».

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

Паспорт тестового материала по дисциплине «Поликлиническая терапия»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Факультет	Лечебный факультет
2.	Кафедра	Кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО
3.	Автор-разработчик	Волевач Л.В. Габбасова Л.В.
4.	Наименование дисциплины	Поликлиническая терапия
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	360 час/ 10 ЗЕ
6.	Наименование папки	Оценочные материалы
7.	Вид контроля	Экзамен
8.	Для специальности	31.05.01 Лечебное дело
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	1000
10.	Количество заданий при тестировании студента	100
11.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
12.	Для оценки «отлично» не менее	91 %
13.	Для оценки «хорошо» не менее	81 %
14.	Для оценки «удовлетворительно» не менее	71 %
15.	Время тестирования (в минутах)	100

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

Вариант I

Код компетенций	Тестовые вопросы
ОПК-6, ПК-7	1. ПОД ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОНИМАЮТ: 1) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности служащих; 2) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих; 3) все случаи заболеваемости, по которым выдан листок нетрудоспособности; 4) все случаи по которым выдан листок нетрудоспособности; 5) наличие инфекционного заболевания
ОПК-6, ПК-7	2. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ВЫДАЕТСЯ: 1) при отпуске для санаторно-курортного лечения; 2) при уходе за больным членом семьи; 3) при карантине; 4) лицам, находящимся в отпуске без сохранения заработной платы; 5) при бытовой травме;
ОПК-6, ПК-7	3. ЕДИНИЦЕЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ УЧЕТЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) листок временной нетрудоспособности; 2) случай временной нетрудоспособности; 3) первичное заболевание; 4) впервые выявленное в данном году заболевание; 5) справка о временной нетрудоспособности.
ОПК-6, ПК-7	4. ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ОЦЕНКОЙ ПОКАЗАТЕЛЯ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) листок временной нетрудоспособности; 2) листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней; 3) длительность заболевания, превышающая 1 месяц; 4) характер патологического процесса; 5) наличие сопутствующих заболеваний.
ОПК-6, ПК-7	5. МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОН: 1) характеризует здоровье работающих 2) указывает на характер заболевания 3) определяет степень потери трудоспособности

	4) служит для статистической отчетности по форме №16 5) влияет на здоровье трудящихся
ПК-7, ПК-8	6. ПРИ ВЫДАЧЕ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА ИНОГОРОДНИМ БОЛЬНЫМ ВИЗА АДМИНИСТРАТОРА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СТАВИТСЯ: 1) в 1-й день, при выдаче больничного листа 2) на 3-й день, при продолжении больничного листа 3) на 6-й день, при выписке больного на работу 4) виза не ставится 5) на 9-й день заболевания
ПК-7, ПК-8	7. РАБОТАЮЩЕМУ ИНВАЛИДУ III ГРУППЫ В СВЯЗИ С ПРИСОЕДИНИВШИМСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ ОБОСТРЕНИЕМ ТОГО, КОТОРОЕ ЯВИЛОСЬ ПРИЧИНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ, БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН: 1) на 1 месяц 2) на 2 месяца 3) на 3 месяца 4) на 4 месяца 5) на срок, определяемый в зависимости от прогноза
ОПК-6, ПК-7	8. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ НЕ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ КАК НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА ПРИ ОФОРМЛЕНИИ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТКА: 1) выезд в другую местность 2) отказ от госпитализации 3) отказ от направления от МСЭ 4) неявка в назначенный день на МСЭ 5) явка на прием врача в состоянии опьянения.
ОПК-6, ПК-7	9. НЕ ИМЕЕТ ПРАВА ВЫДАЧИ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА ВРАЧ: 1) военного госпиталя 2) приемного отделения больницы 3) скорой помощи 4) травматического пункта (поликлиники) 5) участковый терапевт.
ПК-7, ПК-8	10. « ОБЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ » ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЕСЛИ ОНО: 1) возникло в период трудовой деятельности; 2) возникло в связи с травмой, полученной вовремя учебных сборов; 3) возникло в связи с травмой, полученной при выполнении заданий общественных организаций; 4) обусловлено травмой, полученной при выполнении долга гражданина РФ по охране правопорядка; 5) обусловлено полученным ранением при защите государства.
ПК-7, ПК-8	11. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИВЕДШЕЕ К ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ДОЛЖНО КВАЛИФИЦИРОВАТЬСЯ КАК «ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ», ЕСЛИ ОНО:

	1) возникло в научной экспедиции в связи с укусом клеща (клещевой энцефалит); 2) обусловлено отравлением токсическими веществами при выполнении студентом лабораторных занятий 3) возникло в командировке в гостинице в ночное время в результате отравления угарным газом. 4) обусловлено отравлением метиловым спиртом, выпитым в обеденный перерыв на работе; 5) отравление дымом во время перекура.
ОПК-6, ПК-7	12. ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ВЫПИСЫВАЕТСЯ ИЗ СТАЦИОНАРА ЕЩЕ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ, ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОДЛИТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ: 1) на 1 месяц с последующим направлением на МСЭ; 2) на 3 дня; 3) не более, чем на 10 дней; 4) не более, чем на 6 дней; 5) не более, чем на 1 день.
ОПК-6, ПК-7	13. БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ОДНОМУ ИЗ РАБОТАЮЩИХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ (ВЗРОСЛЫМ) МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН: 1) при отказе от госпитализации самого больного или родственников; 2) если заболевание или травма обусловлены непосредственным воздействием алкоголя; 3) по уходу за инвалидом I группы; 4) по уходу за хроническим больным, в период тяжелого обострения заболевания; 5) выдается только родственникам женского пола.
ОПК-6, ПК-7	14. БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ (ВЗРОСЛЫМ), НАХОДЯЩЕМСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ: 1) выдается на 3 дня; 2) выдается на 6 дней; 3) выдается на 10 дней; 4) не выдается вообще; 5) выдается на весь период лечения.
ОПК-6, ПК-7	15. «ДОПЛАТНЫЙ» БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПРИ ВРЕМЕННОМ ПЕРЕВОДЕ НА ОБЛЕГЧЕННУЮ РАБОТУ ЧЕЛОВЕКА В СВЯЗИ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ И БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОФОРМЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ: 1) каждые 10 дней выдается новый больничный лист; 2) больничный лист продлевается каждые 10 дней; 3) больничный лист выдается сразу на 2 месяца; 4) на 1 месяц; 5) на весь период заболевания.
ПК-7, ПК-8	16. К ОГРАНИЧЕНИЯМ В РАБОТЕ, ВЛЕКУЩИМ ЗА СОБОЙ УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ, ОТНОСЯТСЯ:

	1) освобождение от дополнительных нагрузок и ночных смен; 2) освобождение от поднятия больших тяжестей; 3) освобождение от командировок; 4) выполнение работы с неполным рабочим днем; 5) выполнение работы с неполной рабочей неделей.
ОПК-6, ПК-7	17. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ СРОК, В КОТОРЫЙ ПЕРВИЧНАЯ МСЭ ПЕРЕДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ ИНВАЛИДА, НЕ СОГЛАСНОГО С ЕЕ РЕШЕНИЕМ, В ВЫШЕСТОЯЩУЮ МСЭ: 1) до 3 дней; 2) до 10 дней; 3) до 20 дней; 4) до 30 дней; 5) 2 месяца.
ОПК-6, ПК-7	18. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ СРОК, В КОТОРЫЙ ПЕРВИЧНАЯ МСЭ ДОЛЖНА ПЕРЕСМОТРЕТЬ РЕШЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МСЭК ПО ЖАЛОБЕ БОЛЬНОГО: 1) в течение 1 месяца; 2) в течение 2 месяцев; 3) в течение 3 месяцев; 4) в течение 6 месяцев; 5) в течение 9 месяцев;
ОПК-6, ПК-7	19. ПРИ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ, ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРУЕМЫХ, I ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ: 1) на 6 месяцев; 2) на 1 год; 3) на 2 года; 4) на 3 года; 5) бессрочно.
ОПК-6, ПК-7	20. БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ПУЛЬМОЭКТОМИЮ, II ГРУППУ ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЮТ: 1) на 1 год; 2) на 2 года; 3) на 6 месяцев; 4) без указания срока переосвидетельствования; 5) на 9 месяцев.
ОПК-6, ПК-7	21. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ДОГОВОРУ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1) выдается справка произвольной формы; 2) выдается больничный лист; 3) не выдается никакой документ; 4) выдается справка определенной формы; 5) выдается специальный документ

ОПК-7, ПК-8	22. УКАЖИТЕ ВИД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, ПРИ КОТОРОМ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ТРУДОСПОСОБНОМУ РАБОЧЕМУ ИЛИ СЛУЖАЩЕМУ НА ПЕРИОД ЭТОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: 1) колоноскопия; 2) дуоденальное зондирование; 3) рентгеноскопия грудной клетки; 4) подбор контактных линз; 5) ЭХО-КГ.
ОПК-6, ПК-7	23. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК, НА КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ СЕЛЬСКИЙ ВРАЧ, РАБОТАЮЩИЙ НА УЧАСТКЕ ОДИН: 1) 5 дней; 2) 7 дней; 3) 10 дней; 4) 15 дней; 5) 3 месяца.
ОПК-6, ПК-7	24. ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ПРЕВЫШАЮЩАЯ 1 МЕСЯЦ, ВОЗНИКЛА В ТЕЧЕНИИ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ПОСЛЕ УВОЛЬНЕНИЯ С РАБОТЫ. БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН: 1) если человек уволился по собственному желанию; 2) если увольнение произошло по сокращению штатов; 3) если увольнение связано с поступлением на учебу в институт; 4) многодетной матери по уходу за детьми; 5) если человек призван на военную службу.
ОПК-6, ПК-7	25. ПРИ ВЫПИСКЕ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА МАТЕРИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ВМЕСТЕ ВРЕМЕННОГО ПРОЖИВАНИЯ С НИМ (ИНОГОРОДНЕЙ) ВИЗА АДМИНИСТРАЦИИ: 1) ставится в 1-й день, при выдаче больничного листа; 2) ставится на 3-й день, при продолжении больничного листа; 3) ставится на 6-й день, при выписке больного на работу; 4) ставится в любой день при закрытии больничного листа; 5) не ставится вообще
ОПК-6, ПК-7	26. УКАЖИТЕ ДОКУМЕНТ, ОСВОБОЖДАЮЩИЙ ОТ РАБОТЫ НА ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ТРУДОСПОСОБНОГО РАБОЧЕГО, СЛУЖАЩЕГО ИЛИ КОЛХОЗНИКА, НАПРАВЛЕННОГО ТУДА В СВЯЗИ С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОСМОТРАМИ, С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВРЕДНОСТЕЙ: 1) больничный лист, выданный поликлиникой; 2) справка произвольной формы, выданная поликлиникой; 3) больничный лист, выданный стационаром; 4) справка произвольной формы, выданная стационаром; 5) специальный больничный лист.

ОПК-6,ПК-7	27. ИНВАЛИД III ГРУППЫ, ИНВАЛИДНОСТЬ УСТАНОВЛЕНА В СВЯЗИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ. ПРИЧИНА ИНВАЛИДНОСТИ - ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ. РАБОТАЕТ В ОБЛЕГЧЕННЫХ УСЛОВИЯХ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЕЙ МСЭК, ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ У НЕГО ОБУСЛОВЛЕНА ОБОСТРЕНИЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ. УКАЖИТЕ ВИД НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ УКАЗАН В БОЛЬНИЧНОМ ЛИСТЕ У ДАННОГО БОЛЬНОГО: 1) общее заболевание; 2) профессиональное заболевание; 3) производственная травма; 4) бытовая травма; 5) прочерк.
ПК-7, ПК-8	28. ПРИ ОБЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ И НЕОБХОДИМОСТИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ВЫДАЕТСЯ РАБОТАЮЩЕМУ ИНВАЛИДУ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПУТЕВКА: 1) получена больным бесплатно, по линии Министерства социальной защиты РФ; 2) получена из средств социального страхования; 3) получена бесплатно из фонда предприятия; 4) получена бесплатно из фонда государственного бюджета; 5) приобретена за свой счет.
ПК-7, ПК-8	29. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПРИНИМАЕТ: 1) лечащий врач; 2) заведующий отделением; 3) заместитель главного врача по КЭР; 4) клинико-экспертная комиссия; 5) главный врач.
ОПК-6, ПК-7	30. ЗАПИСЬ ВК О ТОМ, ЧТО БОЛЬНОЙ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПЕРЕВОДИТСЯ НА ОБЛЕГЧЕННУЮ РАБОТУ НА СРОК 10ДНЕЙ, ПРОИЗВОДИТСЯ НА ЛИЦЕВОЙ ЧАСТИ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА: 1) в графе "освобождение от работы"; 2) в графе "режим"; 3) в графе "временно переведен на другую работу"; 4) в двух графах "режим" и "освобождение от работы" одновременно; 5) в графе "место работы".
ОПК-7, ПК-8	31. БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНОМУ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ЕГО НЕПОСРЕДСТВЕННО ИЗ СТАЦИОНАРА В САНАТОРИЙ ПРОФСОЮЗОВ НА ВЕСЬ СРОК ЛЕЧЕНИЯ, Т.Е. БЕЗ ВЫЧЕТА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОЧЕРЕДНОГО И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОТПУСКОВ ПРИ:

	1) туберкулезе; 2) вибрационной болезни; 3) остром инфаркте миокарда; 4) в следствии производственной травмы; 5) ОРЗ.
ПК-7, ПК-8	32. ПРИ ВЫДАЧЕ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (СПРАВКИ) ВРАЧИ РУКОВОДСТВУЮТСЯ: 1) положением об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебных учреждениях; 2) основами Законодательства об охране здоровья граждан; 3) инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан; 4) другими документами; 5) основными статьями Конституции РФ.
ОПК-6, ПК-7	33. НЕ ИМЕЮТ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1) временно работающие пенсионеры по возрасту; 2) работающие инвалиды; 3) граждане СНГ, работающие в РФ 4) уволенные с работы; 5) безработные граждане, состоящие на учете в органах труда и занятости населения.
ОПК-6, ПК-7	34. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАЧИ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОЛИЧНО И ЕДИНОВРЕМЕННО НА СРОК: 1) до 3 дней; 2) до 5 дней; 3) до 7 дней; 4) до 15 дней; 5) до 30 дней.
ОПК-6, ПК-7	35. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК, НА КОТОРЫЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО ПРОДЛЕВАТЬ ЛИСТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, СОСТАВЛЯЕТ: 1) 7 дней; 2) 10 дней; 3) 15 дней 4) 45 дней; 5) 60 дней.
ОПК-6, ПК-7	36. ВРАЧИ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ЧАСТНОЙ ПРАКТИКОЙ ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ИМЕЮТ ПРАВО ВЫДАЧИ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ: 1) 5 дней; 2) 7 дней; 3) 10 дней;

	4) 15 дней; 5) 60 дней.
ОПК-6, ПК-7	37. УКАЖИТЕ ЧИСЛО СУЩЕСТВУЮЩИХ УРОВНЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1) 2; 2) 3; 3) 5; 4) 7; 5) 9.
ПК-7, ПК-8	38. ВТОРОЙ УРОВЕНЬ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ: 1) осмотром лечащего врача; 2) консультацией заведующего отделением; 3) осмотром заместителя главного врача по клиничко-экспертной работе; 4) представлением на клиничко-экспертную комиссию ЛПУ; 5) консилиумом с привлечением доктора медицинских наук.
ОПК-6, ПК-7	39. К КАТЕГОРИИ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ (ДЧБ) ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ: 1) 4 случая и 60 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию; 2) 2 случая и 50 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию; 3) 4 случая и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию; 4) 6 случаев и 40 дней временной нетрудоспособности в год по разным заболеваниям; 5) 8 случаев и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию.
ПК-7, ПК-8	40. ФУНКЦИЯ, НЕ ОТНОСЯЩАЯСЯ К КОМПЕТЕНЦИИ ВК ЛПУ: 1) продление больничного листа до 15 дней; 2) продление больничного листа свыше 30 дней; 3) выдача заключения о необходимости перевода на другую работу; 4) освобождение выпускников школ от итоговой аттестации; 5) освобождение от вступительных экзаменов в ВУЗ.
ОПК-6, ПК-8	41. СПРАВКА ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЫ ВЫДАЕТСЯ: 1. ПРИ БЫТОВОЙ ТРАВМЕ; 2. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВСЛЕДСТВИЕ ОПЬЯНЕНИЯ ИЛИ ДЕЙСТВИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОПЬЯНЕНИЕМ, А ТАК ЖЕ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ; 3. ВОЕННОСЛУЖАЩИМ ОБРАТИВШИМСЯ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ; 4. ТРУДОСПОСОБНЫМ ЛИЦАМ, НАПРАВЛЕННЫМ В ПЕРИОД МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ. 1) если правильный ответ 1,2 и 3; 2) если правильный ответ 1 и 3;

	3) если правильный ответ 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4;
ОПК-6, ПК-7	42. БОЛЬНОМУ К. ВЫДАН БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ С ДИАГНОЗОМ «ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ» с 18.10 по 20.10 С УКАЗАНИЕМ ЯВИТЬСЯ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ 20.10. БОЛЬНОЙ ПРИШЕЛ НА ПРИЕМ ЛИШЬ 25.10, ТАК КАК БЕЗ РАЗРЕШЕНИЯ ВРАЧА ВЫЕЗЖАЛ ЗА ГОРОД. ПРИ ОСМОТРЕ ДИАГНОСТИРОВАНА ПНЕВМОНИЯ. БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОФОРМЕН СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ: 1) продлен с 21.10 указанием " нарушение режима" 2) продлен с 25.10 3) выдан новый больничный лист с 25.10 4) продлен с 25.10 с указанием " нарушение режима". 5) продлен 21.10 без указания о нарушении режима.
ОПК-6, ПК-7	43. БОЛЬНОЙ Ю. 38 ЛЕТ, ФОРМОВЩИК, ОТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭК КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТКАЗАЛСЯ . В БОЛЬНИЧНОМ ЛИСТЕ УКАЗАНА ДАТА НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ- 25.01 И СДЕЛАНА ОТМЕТКА О НАРУШЕНИИ РЕЖИМА С «ОТКАЗ ОТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ». ДОКУМЕНТЫ БОЛЬНОГО БЫЛИ ПЕРЕСЛАНЫ В ЭКСПЕРТНУЮ КОМИССИЮ И ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ 28.01. БОЛЬНОЙ НА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ В МСЭК ЯВИЛСЯ ЛИШЬ 15.02, ГДЕ ПРИЗНАН ИНВАЛИДОМ III ГРУППЫ. УКАЖИТЕ , КАКИМ ЧИСЛОМ ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОЛЖНО ЗАКРЫТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ В ДАННОМ СЛУЧАЕ: 1) признан инвалидом III группы 25.01 2) признан инвалидом III группы 28.01 3) признан инвалидом III группы 15.02 4) приступить к работе 16.02 5) направить на до обследование 25.01.
ОПК-6	44. ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТА ИЛИ УЧАЩЕГОСЯ ПТУ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПОЛУЧЕННЫХ ИМИ В ПЕРИОД ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ, ВЫДАЕТСЯ: 1. СПРАВКА ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЫ; 2. ЗАПИСЬ ВРАЧА В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ; 3. СПРАВКА № 095/y; 4. БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ. 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1,2,3 и 4.
ОПК-6, ПК-7	45. ТРУДОВОЕ УСТРОЙСТВО БОЛЬНЫХ ПО «ДОПЛАТНОМУ» БОЛЬНИЧНОМУ ЛИСТУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ: 1. ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМЕ; 2. ОБЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ; 3. БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВЕ; 4. ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ.

	1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1,2,3 и 4.
ОПК-6, ПК-7	46. ЛИЦАМ, ВЫЕЗЖАЮЩИМ В ДРУГИЕ ГОРОДА ПО ВЫЗОВУ НИИ, НАБЛЮДАЮТСЯ КАК ТЕМАТИЧЕСКИЕ БОЛЬНЫЕ, В СВЯЗИ С ИХ ОТСУТСТВИЕМ НА РАБОТЕ: 1. НЕ ВЫДАЕТСЯ НИКАКОЙ ДОКУМЕНТ; 2. ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ; 3. ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЫ ЛПУ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА; 4. ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ КЭК ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА: 1) если правильный ответ 1,2 и 3; 2) если правильный ответ 1 и 3; 3) если правильный ответ 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4.
ОПК-6, ПК-7	47. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО КОНТИНГЕНТА ИМЕЮТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА ПРИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ ТРАВМОЙ:1. ЛИЦА, УСЛОВНО ОСВОБОЖДЕННЫЕ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ; 2. ЛИЦА, НАХОДЯЩИЕСЯ ПОД АРЕСТОМ; 3. ЛИЦА, НАХОДЯЩИЕСЯ НА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ; 4. ЛИЦА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ НАРОДНОГО СУДА. 1) если правильный ответ 1,2 и 3; 2) если правильный ответ 1 и 3; 3) если правильный ответ 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4.
ОПК-6, ПК-7	48. ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ В ПЕРИОД ИХ ПРЕБЫВАНИЯ В НАШЕЙ СТРАНЕ (В КОМАНДИРОВКЕ, САНАТОРИИ И ДР.) ВЫДАЕТСЯ: 1. БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ; 2. СПРАВКА ф. № 095/у; 3. СПРАВКА ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЫ; 4. СПЕЦИАЛЬНЫЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ. 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильный ответ 1 и 3; 3) если правильный ответ 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4.
ОПК-6, ПК-7	49. БЫВШЕМУ ВОЕННОСЛУЖАЩЕМУ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ЕГО В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ПОСЛЕ УВОЛЬНЕНИЯ ИЗ РЯДОВ РОССИЙСКОЙ АРМИИ ПО ОКОНЧАНИИ СРОКА СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ

	НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1. ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЫ; 2. ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ; 3. ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА ф. № 095/у; 4. НИЧЕГО НЕ ВЫДАЕТСЯ. 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильный ответ 1 и 3; 3) если правильный ответ 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4.
ОПК-6, ПК-7	50. В СЛУЧАЕ БОЛЕЗНИ МАТЕРИ УХОД ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ ДО 3 ЛЕТ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ДРУГОЙ ВЗРОСЛЫЙ ЧЛЕН СЕМЬИ, КОТОРОМУ: 1. ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА; 2. ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЫ; 3. НИКАКОЙ ДОКУМЕНТ НЕ ВЫДАЕТСЯ; 4. ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ; 5. ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА ф. 095/у. 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильный ответ 1 и 3; 3) если правильный ответ 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильный ответ 1,2,3,4 и 5.
ОПК-6, ПК-7	51. БОЛЬНОЙ 3. 54 ГОДА, МАЛЯР, КАК ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕВШИЙ ВПЕРВЫЕ НАПРАВЛЕН НА МСЭ 15.03. ДОКУМЕНТЫ ПРИНЯТЫ И ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ В ЭКСПЕРТНОЙ КОМИССИИ 16.03. ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ПРОИСХОДИТ ТОЛЬКО 25.03,ГДЕ БОЛЬНОЙ ПРИЗНАЕТСЯ ИНВАЛИДОМ III ГРУППЫ. УКАЖИТЕ КАКИМ ЧИСЛОМ И С КАКОЙ ФОРМУЛИРОВКОЙ ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗАКРЫВАЕТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ: 1) приступить к работе с 15.03; 2) признан инвалидом III группы во МСЭК 16.03; 3) признан инвалидом III группы во МСЭК 25.03; 4) приступить к работе 25.03; 5) направить в стационар 25.03.
ОПК-6, ПК-8	52. ЖЕНЩИНЕ, У КОТОРОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЗНИКЛО В ПЕРИОД ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКА: 1. ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ; 2. ВЫДАЕТСЯ СПРАВКА ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЫ; 3. ПРОДЛЕВАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ; 4. НИКАКОЙ ДОКУМЕНТ НЕ ВЫДАЕТСЯ. 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильный ответ 1 и 3; 3) если правильный ответ 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4.
ОПК-6, ПК-7	53. ВЫДАЕТСЯ ЛИ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БЕЖЕНЦАМ ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) выдается на общих основаниях

	2) не выдается 3) выдается при наличии оформленного статуса беженца 4) выдается на усмотрения врача 5) выдается в специальном ЛПУ для беженцев
ОПК-6, ПК-7	54. ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ДНЕЙ ПОСЛЕ ВЫДАЧИ ПЕРВИЧНОГО БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА БОЛЬНОЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ НА ВК 1) через 10 дней 2) через 30 дней 3) через 15 дней 4) через 3 месяца при неблагоприятном трудовом прогнозе 5) через 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе
ОПК-6, ПК-7	55. К КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО, РАНЕЕ РАБОТАВШЕГО УЧИТЕЛЕМ, У КОТОРОГО ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ (ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ) И СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ? ЭТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ II СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА: 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) I и III группе инвалидности
ОПК-6, ПК-7	56. БЕЗРАБОТНЫЙ, СТОЯЩИЙ НА УЧЕТЕ В СЛУЖБЕ ТРУДА И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ОБРАТИЛСЯ В ПОЛИКЛИНИКУ ПО ПОВОДУ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, КОТОРОЕ ПРОЯВЛЯЛОСЬ УСИЛЕНИЕМ КАШЛЯ, УВЕЛИЧЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА МОКРОТЫ, ПОЯВЛЕНИЕМ СУБФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ. НУЖНО ЛИ ВЫДАТЬ ЕМУ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ? ЕСЛИ НУЖНО, ТО КАКОЙ? 1) не выдавать 2) справку произвольной формы 3) выписку из амбулаторной карты 4) листок нетрудоспособности 5) правильно 2 и 3
ПК-7, ПК-8	57. НА КАКИЕ СРОКИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПО УХОДУ ЗА 9-МЕСЯЧНЫМ РЕБЕНКОМ РАБОТАЮЩЕМУ ЧЛЕНУ СЕМЬИ В СЛУЧАЕ БОЛЕЗНИ МАТЕРИ 1) на 5 дней 2) на 10 дней по решению ВК

	3) на 3 дня 4) на весь срок болезни матери 5) до 30 дней
ОПК-6, ПК-7	58. КАКОЙ ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЕТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ БЫТОВОЙ ТРАВМЕ? 1) никакой 2) листок нетрудоспособности 3) справка о бытовой травме 4) справка произвольной формы 5) верно 3 и 4.
ПК-7, ПК-8	59. КТО РЕШАЕТ ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ 1) лечащий врач 2) заведующий отделением 3) ВК 4) ВК, по представлению лечащего врача и заведующего отделением 5) пациент
ОПК-6, ПК-7	60. НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК ЕДИНОЛИЧНО 1) 7 дней 2) 15 дней 3) 28 дней 4) 30 дней 5) 40 дней
ОПК-6, ПК-7	61. КАКОЙ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ СЛЕДУЕТ ВЫДАТЬ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ В ГОСТИ ИЗ КИЕВА 1) никакой 2) листок нетрудоспособности как иногороднему 3) справка произвольной формы 4) справка установленной формы 5) правильно 3 и 4
ОПК-6, ПК-7	62. КТО ИМЕЕТ ПРАВО НАПРАВЛЯТЬ БОЛЬНЫХ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ 1) лечащий врач 2) зав. отделением 3) ВК лечебного учреждения по представлению лечащего врача 4) пациент 5) участковый терапевт
ОПК-6, ПК-7	63. НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК МОЖЕТ ВЫДАТЬ ВРАЧ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОВРЕМЕННО 1) 3 дня 2) 6 дней 3) 10 дней

	4) 15 дней 5) 20 дней
ОПК-6, ПК-7	64. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧАСОВЩИКА, ЕСЛИ ПОСЛЕ ОТРАВЛЕНИЯ У НЕГО ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ (ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ) И СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ? ЭТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВИДЕ: ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ II СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) I и III группе инвалидности
ОПК-6, ПК-7	65. КАК ОФОРМЛЯЕТСЯ ДУБЛИКАТ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В РАЗДЕЛЕ «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ» 1) в соответствии с записями врача в амбулаторной карте о продлении листка нетрудоспособности 2) одной строкой на весь период нетрудоспособности 3) принципиальной разницы в оформлении нет 4) в самопроизвольной форме 5) строго по специальной предоставленной форме
ОПК-6, ПК-7	66. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: 1) 40- 50 дней 2) 25-40 дней 3) 60-90 дней 4) 7-14 дней 5) 14-22 дня
ОПК-6, ПК-7	67. ЖЕНЩИНА ЗАБОЛЕЛА ВО ВРЕМЯ НЕДЕЛЬНОГО ОТПУСКА БЕЗ СОХРАНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ (ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА). С КАКОГО ДНЯ БОЛЕЗНИ ЕЙ ПОЛОЖЕН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) с первого дня болезни 2) с момента окончания отпуска без сохранения содержания 3) с 3-го дня болезни 4) со 2-го дня болезни 5) через 7 дней от начала заболевания
ОПК-6, ПК-7	68. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ВЫДАЕТСЯ ЛЕЧЕБНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БОЛЕЗНИ ИЛИ ТРАВМЕ, ВОЗНИКШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

	1) никакой документ не выдается 2) справка произвольной формы 3) листок нетрудоспособности 4) листок нетрудоспособности с отметкой в нем о факте опьянения 5) справка установленной формы
ОПК-6, ПК-7	69. ПО ДОРОГЕ НА РАБОТУ ПУТЕВОЙ ОБХОДЧИК ПОДВЕРНУЛ НОГУ. В ТРАВМПУНКТЕ ДИАГНОСТИРОВАЛИ РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК. НУЖЕН ЛИ ЭТОМУ ПАЦИЕНТУ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ, КТО ЕГО МОЖЕТ ВЫДАТЬ? 1) не нужен 2) нужен, врач травмпункта 3) нужен, врач поликлиники по месту жительства 4) по желанию пациента, врач поликлиники по месту жительства 5) любой врач
ОПК-6, ПК-7	70. НАЗОВИТЕ СРОК ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ 3 ГРУППЫ 1) 1 раз в 2 года 2) ежегодно 3) 1 раз в 3 года 4) в переосвидетельствовании не нуждаются 5) 1 раз в 5 лет
ОПК-6, ПК-7	71. В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОЕ ПРОИСШЕСТВИЕ) У ПАЦИЕНТА (РАБОТНИКА КАНЦЕЛЯРИИ) ИМЕЛО МЕСТО НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ПАМЯТИ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ, ВНИМАНИЯ) И НАСТУПИЛО ОГРАНИЧЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ I СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ I СТЕПЕНИ. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) верно 1 и 2 5) верно 1 и 3
ОПК-6, ПК-8	72. КАКОЙ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, НЕ РАБОТАЮЩИМ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, ВЫДАЁТСЯ: 1) справка произвольной формы 2) лист нетрудоспособности 3) выписка из амбулаторной карты с указанием сроков временной нетрудоспособности 4) не выдается 5) на усмотрение врача, справка установленной формы
ПК-7, ПК-8	73. БОЛЬНОЙ ЛЕЧИЛСЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

	ПОЛИКЛИНИКИ ПО ПОВОДУ ЭРОЗИВНОГО ГАСТРИТА. НА ПЯТЫЕ СУТКИ ЯВИЛСЯ В СТАЦИОНАР С ПРИЗНАКАМИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ. ВРАЧ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ 1) закрыла больничный лист 2) отказала больному в приеме в этот день 3) продлила больничный лист с отметкой о нарушении режима 4) закрыла больничный лист и выдала справку о том, что больной находился на лечении в дневном стационаре поликлиники 5) продолжила лечение
ОПК-6, ПК-7	74. НА КАКОЙ СРОК СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ЕДИНОВРЕМЕННО И ЕДИНОЛИЧНО 1) до 5 дней 2) до 14 дней 3) до 20 дней 4) до 10 дней 5) до 50 дней
ОПК-6, ПК-7	75. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН ПРИНЕСТИ ПАЦИЕНТ ДЛЯ ВЫДАЧИ ЕМУ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЗАМЕН УТЕРЯННОГО 1) направление лечащего врача 2) объяснительную записку 3) справку с места работы о том, что в данное время пособие не оплачено 4) медицинское свидетельство
ОПК-6, ПК-7	76. САНИТАРКА БОЛЬНИЦЫ ОБРАТИЛАСЬ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ И БОЛЯМИ В ГОРЛЕ. ВРАЧ ДИАГНОСТИРОВАЛ АНГИНУ. КТО МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЕЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ 1) врач приемного отделения 2) главный врач 3) врач поликлиники по месту жительства 4) врач инфекционного отделения 5) врач того отделения, где она работает
ПК-7, ПК-8	77. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО, ЕСЛИ У НЕГО ПОСЛЕ ТРАВМЫ ИМЕЕТ МЕСТО НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ (ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ) И СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ? ЭТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ III СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ III СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ III СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ III СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

	1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) никакой группе инвалидности
ОПК-6, ПК-7	78. КТО ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ МАТЬ НАХОДИТСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ МАСТИТА 1) никто 2) бабушка, проживающая в соседнем доме 3) любой член семьи, ухаживающий за ребенком и проживающий в этой квартире 4) соседка, согласившаяся временно ухаживать за ребенком 5) отец ребёнка
ОПК-6, ПК-8	79. КАКОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ УЧАЩЕМУСЯ ПТУ, ЕСЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЗНИКЛО В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ НЕОПЛАЧИВАЕМОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ 1) никакой документ не выдается 2) справка 095/у 3) справка произвольной формы 4) лист нетрудоспособности 5) справка 095/у и больничный лист
ОПК-6, ПК-7	80. НАЗОВИТЕ НОМЕР ПРИКАЗА, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕГО ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ: 1) №5 2) №206 3) №770 4) №543
ПК-7, ПК-8	81. У БОЛЬНОГО ИБС ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫРАЖЕНО НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ЧТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВИДЕ ОГРАНИЧЕНИЯ САМООБСЛУЖИВАНИЯ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ III СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ. СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО КАКОЙ-ЛИБО ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ 1) не соответствует 2) I группа инвалидности 3) II группа инвалидности 4) III группа инвалидности
ОПК-6, ПК-7	82. СТУДЕНТ ЗАБОЛЕЛ ГРИППОМ (НЕОСЛОЖНЕННАЯ ФОРМА). КАКОЙ ДОКУМЕНТ НУЖНО ВЫДАТЬ, ЕСЛИ ОН ПОДРАБАТЫВАЕТ

	СТОРОЖЕМ В ДЕТСКОМ САДУ 1) справка о временной нетрудоспособности (095/у) 2) листок нетрудоспособности 3) справку и листок нетрудоспособности 4) справка произвольной формы в два места 5) никакой документ не выдается
ПК-7, ПК-8	83. БОЛЬНАЯ ЛЕЧИТСЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПОЛИКЛИНИКИ С ДИАГНОЗОМ «ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА». БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ОТКРЫТ 3 НЕДЕЛИ НАЗАД. НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СОСТОЯНИЕ СТАБИЛИЗИРОВАЛОСЬ, ОДНАКО НАКАНУНЕ ВЫПИСКИ ВЕЧЕРОМ ЗАМЕТИЛА В КАЛЕ ПРИМЕСЬ АЛОЙ КРОВИ (В АНАМНЕЗЕ ГЕМОРРОЙ). КАК РЕШАЕТСЯ ВОПРОС О ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОЙ 1) больничный лист закрывается, лечение геморроя проводится в домашних условиях 2) больничный лист закрывается, больной рекомендуется лечиться у проктолога амбулаторно 3) больная направляется на консультацию к проктологу, который после уточнения диагноза решает вопрос о нетрудоспособности 4) больничный лист продляется по основному заболеванию
ПК-2, ПК-9	84. НАЗОВИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КОТОРЫЕ ПРОВОДЯТСЯ НА ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ: А) прием амбулаторных больных Б) обслуживание вызовов на дому В) проведение профилактических осмотров Е) проведение лекций и бесед
ПК-6	85. ОТЕК КВИНКЕ У БОЛЬНОГО ВОЗНИК ПРИ КОНТАКТЕ С СУХИМ КОРМОМ ДЛЯ РЫБОК (ДАФНИЯМИ). У ДАННОГО БОЛЬНОГО МОЖНО ОЖИДАТЬ ВАРИАНТ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НА 1) мясо 2) вареную рыбу 3) сушеную рыбу 4) раков и крабов 5) препараты йода
ОПК-6, ПК-7	86. КАКИЕ ВРАЧИ ИМЕЮТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) врачи домов отдыха 2) врачи туристических баз отдыха 3) врачи поликлиники аллергологического центра 4) врачи учреждений санэпиднадзора 5) врачебная комиссия
ОПК-6, ПК-7	87. БОЛЬНОЙ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, НАХОДИТСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ. НА КАКОЙ

	МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАТЬ ЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) 15 дней 2) 26 дней 3) 30 дней 4) 40 дней 5) до 60 дней
ОПК-6, ПК-7	88. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ 1) обнаружение конкрементов в желчном пузыре при инструментальном обследовании 2) желчная колика 3) обнаружение большого количества лейкоцитов в дуоденальном содержимом 4) обнаружение паразитов в дуоденальном содержимом 5) обнаружение хронического холецистита
ПК-7	89. СКОЛЬКО СТЕПЕНЕЙ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ПРЕДУСМОТРЕНО СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИЕВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МСЭ 1) 2 степени 2) 3 степени 3) 4 степени 4) 5 степеней 5) 6 степеней
ПК-7, ПК-8	90. ВЫДАЕТСЯ ЛИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ИНВАЛИДОМ I ГРУППЫ 1) да 2) нет 3) выдаётся при наличии справки ВК 4) выдаётся при наличии справки из поликлиники
ПК-7, ПК-8	91. НА СКОЛЬКО ДНЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧОМ СТАЦИОНАРА, ПРИ ВЫПИСКЕ ИНОГОРОДНЕГО, ЕСЛИ ОН ОСТАЕТСЯ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ 1) не продлевается, открывается новый по месту жительства 2) на семь дней без учета проезда к месту жительства 3) до 10 дней с учетом проезда к месту жительства 4) до 1 месяца с учетом проезда к месту жительства 5) до 2-х недель с учетом проезда к месту жительства
ПК-2	92. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ 1) 1 раз в год 2) 2 раза в год

	3) 3 раза в год 4) 4 раза в год
ОПК-6, ПК-7	93. НА КАКОЙ СРОК ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ РАБОТНИКАМ ОБЩЕПИТА, ВОДОСНАБЖЕНИЯ, ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НИХ ГЕЛЬМИНТОЗА 1) на 7 дней 2) на 10 дней 3) на весь период дегельминтизации 4) до 2-х недель 5) до 30 дней
ПК-7, ПК-8	94. ЖЕНЩИНА ВО ВРЕМЯ ОТПУСКА ПО УХОДУ ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ 3 МЕСЯЦЕВ ЗАБОЛЕЛА АППЕНДИЦИТОМ И БЫЛА ГОСПИТАЛИЗИРОВАНА В СТАЦИОНАР. КОМУ МОЖНО ВЫПИСАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ И НА КАКОЙ СРОК 1) отцу на 7 дней 2) работающей бабушке, совместно проживающей в одной квартире, на 2 недели 3) любому члену семьи на срок стационарного лечения 4) листок нетрудоспособности не выдается 5) только женщине
ПК-8	95. ТАКТИКА ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА 1) наблюдение на дому 2) экстренная госпитализация, извещение в ЦСЭН 3) срочно провести биохимический анализ крови 4) госпитализация в плановом порядке 5) наблюдение на дому, амбулаторный приём
ПК-1, ОПК-6	96. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ЗАПОЛНЯЕТ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У БОЛЬНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ 1) карту инфекционного больного 2) извещение в кабинет инфекциониста 3) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении 4) экстренное уведомление главного врача и заведующего отделением 5) сообщить главному врачу
ПК-7	97. БОЛЬНОЙ, РАНЕЕ РАБОТАВШИЙ ВОДИТЕЛЕМ АВТОМОБИЛЯ, БЫЛ УЧАСТНИКОМ АВАРИИ. В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРАВМЫ У НЕГО ВЫЯВЛЕНО УМЕРЕННОЕ НАРУШЕНИЕ СТАТОДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ, КОТОРОЕ ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ПЕРЕДВИЖЕНИЮ I СТЕПЕНИ. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО 1) I группа инвалидности

	2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) IV группа инвалидности
ОПК-6, ПК-7	98. БОЛЬНОЙ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИНЯЛ БОЛЬШУЮ ДОЗУ СНОТВОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ. БЫЛ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, ОТКУДА САМОВОЛЬНО УШЕЛ УТРОМ НА ВТОРЫЕ СУТКИ. В ЭТОТ ЖЕ ДЕНЬ ВЫЗВАЛ НА ДОМ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА, КОТОРЫЙ ВЫЯВИЛ У БОЛЬНОГО ПРИЗНАКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ, ГИПОТОНИЮ). КАКОЙ ДОКУМЕНТ И С КАКОГО ДНЯ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ РАБОТЫ 1) больничный лист с первого дня заболевания 2) справка произвольной формы 3) больничный лист со второго дня болезни 4) никакой документ не выдается
ПК-8, ПК-9	99. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОГО РЕЖИМА 1) отказ от госпитализации 2) неявка в назначенный день на ВК 3) отказ от операции 4) отказ от направления на обследование 5) самовольный уход из стационара
ПК-2	100. НАЗОВИТЕ, С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ БОЛЬНЫЕ ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ УЧЕТУ В 100% СЛУЧАЕВ 1) хронический пиелонефрит 2) хронический необструктивный бронхит 3) хронический обструктивный бронхит 4) гиперацидный гастрит 5) ОРВИ

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. 1)	11. 1)	21. 2)	31. 3)	41. 4)	51. 2)	61. 3)	71. 3)	81. 2)	91. 5)
2. 4)	12. 3)	22. 1)	32. 3)	42. 4)	52. 4)	62. 3)	72. 2)	82. 5)	92. 3)
3. 2)	13. 4)	23. 4)	33. 4)	43. 3)	53. 2)	63. 3)	73. 1)	83. 3)	93. 2)
4. 4)	14. 4)	24. 1)	34. 4)	44. 4)	54. 3)	64. 1)	74. 4)	84. 3)	94. 1)
5. 1)	15. 1)	25. 1)	35. 3)	45. 5)	55. 3)	65. 2)	75. 3)	85. 4)	95. 4)
6. 1)	16.)	26. 4)	36. 4)	46. 4)	56. 4)	66. 5)	76. 1)	86. 3)	96. 4)
7. 5)	17. 1)	27. 1)	37. 3)	47. 4)	57. 1)	67. 5)	77. 3)	87. 2)	97. 2)
8. 2)	18. 1)	28. 2)	38. 4)	48. 4)	58. 5)	68. 4)	78. 3)	88. 4)	98. 1)
9. 3)	19. 3)	29. 4)	39. 1)	49. 2)	59. 4)	69. 2)	79. 4)	89. 1)	99. 4)
10. 1)	20. 1)	30. 3)	40. 1)	50. 4)	60. 2)	70. 4)	80. 4)	90. 4)	100. 2)

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

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

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

Вариант II

Код компетенции	Тестовые вопросы
ОПК-1, ПК-2	1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ НЕ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 1) отсутствие признаков обострения 2) снижение сроков временной нетрудоспособности 3) присоединение других хронических заболеваний 4) изменение группы инвалидности 5) первичный выход на инвалидность
ОПК-1, ПК-2	2. К ТРЕТЬЕЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ (Д-3а) ОТНОСЯТСЯ 1) здоровые, не предъявляющие жалоб, в анамнезе и при осмотре которых не выявлены хронические заболевания и физикальные нарушения 2) лица, с пограничными состояниями 3) практически здоровые лица, у которых в анамнезе острые и хронические заболевания, но не имеющие несколько лет обострений 4) лица с факторами риска 5) граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;
ПК-8, ПК-9	3. РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИМ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ 1) только при неосложненном течении 2) больным до 50-летнего возраста 3) при отсутствии сопутствующих заболеваний 4) всем по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда
ПК-1, ПК-8	4. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ 1) анализ желудочного сока 2) кровь на «С» реактивный белок 3) белок общий и белковые фракции 4) антиген 5) билирубин
ОПК-1, ПК-2	5. КАК ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТСЯ К ТЕРАПЕВТУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (Д-3) 1) 2 раза в год

	2) 1 раз в год 3) 3-6 раз в год 4) до 8 раз в год 5) 1-2 раза в год
ОПК-1, ПК-2	6. СОГЛАСНО КАКОМУ ПРИКАЗУ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ 1) приказ № 770 2) приказ № 90 3) приказ № 411 4) приказ № 869н 5) приказ № 55н
ОПК-6, ПК-7	7. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАРЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ ВЫДАЕТСЯ 1) на весь период пребывания больного в стационаре 2) на 10 койко-дней 3) на весь период пребывания в стационаре и время проезда к месту лечения и обратно 4) на 26 дней 5) на весь период пребывания в стационаре
ОПК-1, ПК-2	8. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА I В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 1) граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование; 2) здоровые люди, имеющие факторы риска 3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4) пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях 5) пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методов обследования
ОПК-1, ПК-2	9. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ 1) 1 раз в год 2) 2 3) 3 4) 4
ОПК-1, ПК-9	10. У БОЛЬНОГО БА В СОЧЕТАНИИ С ГБ КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: 1) тразикор 2) коринфар 3) раунатин

	4) каптоприл 5) андипал
ОПК-1, ПК-1	11. ПРИ КАКИХ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АРИТМИЙ ПРОКАРДИАЛЬНЫХ УДАР МОЖЕТ ВОСТАНОВИТЬ РИТМ ИЛИ ПЕРЕВЕСТИ ОДНУ ФОРМУ АРИТМИИ В ДРУГУЮ, С БОЛЕЕ СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ: 1) желудочковой тахикардией 2) фибрилляции желудочков или асистолии 3) выраженной брадикардии 4) полной а.-в. Блокаде 5) суправентрикулярная блокада
ОПК-1, ПК-1	12. В ТЕЧЕНИИ ГРИППА РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ: 1) Репродукция вируса в клетках дыхательных путей вируса в клетках всего организма 2) Вирусемия, токсико-аллергические реакции 3) Поражение центральной нервной системы 4) Репродукция 5) Поражение
ПК-1, ПК-7	13. СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОРЗ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ: 1) Тяжестью течения 2) Наличием осложнений больного 3) Профессией 4) Видом возбудителя 5) Возрастом
ОПК-1, ПК-1	14. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ (НАЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ: 1) пневмококк 2) стафилококк 3) клебсиелла 4) хламидии 5) вирусы
ОПК-1, ПК-1	15. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: 1) кардиогенный шок 2) левожелудочковая недостаточность 3) нарушение ритма 4) полная атриовентрикулярная блокада 5) тампонада сердца
ОПК-1, ПК-9	16. КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ 30-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, РАЗВИВШЕЙСЯ ПОСЛЕ ГРИППА, ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕНИЦИЛЛИНА? 1) стрептомицин

	2) оксациллин 3) тетрациклин 4) гентамицин 5) карбенициллин
ОПК-1, ПК-1	17. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ОРЗ И ГРИППА ХАРАКТЕРНЫ ЛАРИНГИТ И АФОНΙΑ? 1) Грипп, тяжелое течение 2) Парагрипп 3) Аденовирусная 4) Риновирусная 5) Микоплазма
ОПК-1, ПК-9	18. КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ НЕВЕРНО, ЧТО НИТРОГЛИЦЕРИН ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА УЛУЧШАЕТ КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК ВСЛЕДСТВИИ: 1) расширения емкостных сосудов (венул) 2) депонирование крови 3) уменьшения пред- и постнагрузки сердца 4) уменьшения напряжения стенки левого желудочка, в связи с чем коллатерали подвергается меньшему давлению 5) повышения давления в системе легочной артерии
ОПК-6, ПК-7	19. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ПОЛИКЛИНИКОЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ 1) днем направления на МСЭ 2) днем регистрации документов в МСЭ 3) днем освидетельствования 4) больничный лист должен быть закрыт на 3-й день после освидетельствования в БМСЭ
ОПК-6, ПК-7	20. В ТЕЧЕНИИ КАКОГО ВРЕМЕНИ ПОЛИКЛИНИКА МОЖЕТ ПРОДЛЕВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) до 1 месяца 2) до выздоровления 3) до 4 месяцев 4) не более 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе 5) без ограничения срока
ОПК-1, ПК-7	21. РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ МСЭ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) возраст пациент 2) допущенные дефекты в лечении 3) ходатайство предприятия, на котором работает больной 4) неблагоприятный трудовой прогноз 5) просьба пациента
ПК-7, ПК-8	22. БОЛЬНОЙ ИМЕЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03 НА ПРИЕМ ПРИШЕЛ 26.03 С ОБЪЕКТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ. КАК СЛЕДУЕТ ОФОРМИТЬ

	ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) продлить с 23.03 до выздоровления 2) то же, но дополнительно сделать отметку о нарушении режима 3) продлить с 26.03 до выздоровления, сделав отметку о нарушении режима 4) оформить новый листок нетрудоспособности, а старый закрыть с 23.03 5) не продлевать
ПК-7, ПК-8	23. ЖЕНЩИНАМ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И РОЖДЕНИЯ ЖИВОГО РЕБЕНКА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА СРОК 1) 86 дней 2) 120 дней 3) 140 дней 4) 156 дней 5) 180 дней
ПК-7, ПК-8	24. НА КАКОЙ СРОК ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 1) листок нетрудоспособности выдается на 3 дня 2) листок нетрудоспособности выдается на 10 дней 3) листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее 3 дней 4) листок нетрудоспособности не выдается 5) листок нетрудоспособности выдается до 30 дней
ОПК-1, ПК-7	25. НА КАКОЙ МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) листок нетрудоспособности выдается на 12 часов 2) листок нетрудоспособности выдается на 1 день 3) листок нетрудоспособности выдается на 2 дня 4) листок нетрудоспособности выдается на 3 дня 5) листок нетрудоспособности выдается на 1 час
ОПК-1, ПК-7	26. НА КАКОЙ СРОК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ II ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ 1) на 1 год 2) на 2 года 3) без указания сроков (бессрочно) 4) на 6 месяцев 5) на 4 месяца
ОПК-6, ПК-7	27. НА КАКОЙ СРОК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ III ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ 1) на 1 год 2) на 2 года 3) на 6 месяцев 4) без указания сроков (бессрочно)

	5) на 16 дней
ОПК-1, ПК-2	28. СКОЛЬКО ГРУПП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЫ ЗНАЕТЕ 1) две 2) три 3) четыре 4) пять 5) шесть
ОПК-1, ПК-7	29. КТО ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ МАТЬ НАХОДИТСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ МАСТИТА 1) никто 2) бабушка, проживающая в соседнем доме 3) любой член семьи, ухаживающий за ребенком и проживающий в этой квартире 4) соседка, согласившаяся временно ухаживать за ребенком 5) отец ребёнка
ОПК-1, ПК-2	30. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 36 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 1) практически здоровые люди 2) граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но имеющие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании. 3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4) пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях 5) пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методах обследования
ОПК-1, ПК-2	31. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 1 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 1) граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование; 2) здоровые люди, имеющие факторы риска 3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4) пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях 5) пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методах обследования
ОПК-1, ПК-2	32. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 2 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

	1) практически здоровые люди 2) граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) 3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4) пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях 5) пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методах обследования
ОПК-1, ПК-7	33. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ 30 ДНЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ 1) лечащий врач лечебно-профилактического учреждения 2) заведующий отделением лечебно-профилактического учреждения 3) врачебная комиссия медицинской организации 4) бюро медико-социальной экспертизы 5) участковый терапевт
ОПК-1, ПК-8	34. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ВЫДАЕТСЯ СО ДНЯ 1) установления нетрудоспособности при врачебном освидетельствовании 2) начала заболевания 3) обращения к врачу в лечебно-профилактическое учреждение 4) не выдается 5) верно 1, 3
ПК-7, ПК-8	35. ТАКТИКА ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА ПРИ ОТКАЗЕ БОЛЬНОГО ОТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТНУЮ КОМИССИЮ 1) закрыть листок нетрудоспособности 2) сделать отметку в листке нетрудоспособности «отказ от проведения медико-социальной экспертизы» 3) послать письменную форму в бюро МСЭ 4) не закрывать больничный лист 5) правильно 1, 2
ОПК-1, ПК-7	36. УКАЖИТЕ КРИТЕРИИ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ ГРАЖДАНИНА ИНВАЛИДОМ 1) нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма 2) ограничение жизнедеятельности, обусловленное нарушением здоровья 3) необходимость осуществления мер социальной защиты вследствие социальной недостаточности 4) ограничение жизнедеятельности 5) закрытая черепно – мозговая травма
ОПК-1, ПК-7	37. КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ II ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ 1) нарушение здоровья со стойким умеренным расстройством функции организма

	2) ограничение способности к передвижению 1-й степени 3) ограничение способности к трудовой деятельности 2-й, 3-й степени 4) ограничение способности к самообслуживанию 2-й степени 5) правильный ответ 3, 4
ОПК-1, ПК-7	38. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ 1) днем направления на МСЭ 2) днем регистрации документов на МСЭ 3) днем освидетельствования в МСЭ 4) датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ
ПК-2, ПК-8	39. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ С ПОГРАНИЧНЫМ УРОВНЕМ АД (140/90-159/94ММРТ.СТ.) 1) 1 раз в год 2) 2 3) 3 4) 4
ОПК-1, ПК-8	40. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА У ТЕРАПЕВТА В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ? 1) 29 мин 2) 17,7 мин 3) 18 мин 4) 20 мин 5) 5 мин
ОПК-1, ПК-8	41. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА НА ДОМУ? 1) 2 мин 2) 20 мин 3) 30 мин 4) 1,5 часа 5) 60 мин.
ПК-1, ПК-2	42. КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРОВОДЯТСЯ? 1) предварительный 2) предварительные, периодические, целевые 3) предварительные, периодические 4) периодические, целевые 5) периодические, целевые
ОПК-1, ПК-2	43. ЧЕРЕЗ КАКИЕ ИНТЕРВАЛЫ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР ЛИЦ, ПЕРЕНЁСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ОКОНЧИВШУЮСЯ ПОЛНЫМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ? 1) через 2, 4, 8 месяцев 2) через 6, 12 месяцев

	3) через 1, 3 и 6 месяцев 4) через 1 месяц 5) через 1, 2 месяца
ОПК-1, ПК-1	44. КАКИЕ УЗКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИВЛЕКАЮТСЯ К ОСМОТРУ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНИХИТОМ? 1) отоларинголог 2) отоларинголог, стоматолог 3) стоматолог 4) терапевт 5) стоматолог, терапевт
ОПК-1, ПК-2	45. КАКОВА КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ? 1) 4 раза в год 2) 3 раза в год 3) 1 раз в год 4) 5 раз в год 5) 6 раз в год
ОПК-1, ПК-7	46. В КАКОМ СЛУЧАЕ ИНОСТРАННОМУ ГРАЖДАНИНУ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ? 1) не выдается ни при каких обстоятельствах 2) выдается при болезни 3) если он является сотрудником российского предприятия 4) если он проживает на территории РФ 5) если он является сотрудником филиала иностранного предприятия
ОПК-1, ПК-2	47. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1) I 2) II 3) III 4) 0 5) IV
ОПК-1, ПК-2	48. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА 1) 2-3 раза 2) 1-2 раза 3) 5-6 раз 4) по необходимости 5) более 10 раз
ПК-15, ПК-16	49. КАКИЕ ВИДЫ ТРУДА И УСЛОВИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1) виды трудовой деятельности, внезапное прекращение которых в связи с приступом удушья может нанести вред больному и окружающим

	2) работа с детьми 3) работа на компьютерах 4) работа в саду 5) правильно 2 и 4
ОПК-1, ПК-7	50. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) 45-60 дней; 2) 60-75 дней; 3) 65-80 дней; 4) 30-40 дней; 5) до 120 дней
ОПК-1, ПК-7	51. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 1) 20-26 дней 2) 26-32 дня 3) 48-55 дней 4) 8-12 дня 5) 50-60 дней
ОПК-1, ПК-7	52. КТО ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ МАТЬ НАХОДИТСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ МАСТИТА 1) никто 2) бабушка, проживающая в соседнем доме 3) любой член семьи, ухаживающий за ребенком и проживающий в этой квартире 4) соседка, согласившаяся временно ухаживать за ребенком 5) отец ребёнка
ОПК-6, ПК-7	53. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ НА СРОК 1) до 3-х дней; 2) до 7 дней по решению ВК; 3) до 10 дней; 4) правильно 1, 2 5) правильно 1, 3
ОПК-1, ПК-7	54. КАКИЕ ВРАЧИ ИМЕЮТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА? 1) государственных учреждений, имеющих лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности 2) верно 1,3,5 3) частной системы здравоохранения, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности

	4) все, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности 5) муниципальных учреждений, имеющих лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
ОПК-6, ПК-7	55. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТОК ЛПУ БОЛЬНОМУ, ВПЕРВЫЕ НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И НЕ ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ? 1) днем направления больного на МСЭК 2) днем регистрации документов во МСЭК 3) днем освидетельствования в МСЭК 4) днем вынесения экспертного решения 5) днем восстановления трудоспособности
ОПК-6, ПК-7	56. ЛИЦАМ, НЕ ПРИЗНАННЫМИ ИНВАЛИДАМИ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ: 1) продлевается на 15 дней 2) продлевается на 30 дней 3) продлевается с учётом тяжести заболевания 4) верно 1, 3 5) верно 2, 3
ОПК-1, ПК-7	57. ОПРЕДЕЛИТЕ ОБЪЁМ РАБОТ НА САДОВОМ УЧАСТКЕ БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ИМ: А-С 1 ФК СТЕНОКАРДИИ Б-С 11 ФК СТЕНОКАРДИИ В-С 111 ФК СТЕНОКАРДИИ: 1) можно копать и обрабатывать землю лопатой, поднимать тяжести до 10кг 2) можно копать и обрабатывать землю лопатой, поднимать тяжести до 6-8кг 3) можно копать и обрабатывать землю лопатой, поднимать тяжести до 3-4кг 4) поднимать тяжести до 3-4 кг, уборка урожая с кустов и грядок, работа граблями 5) работа на садовом участке без ограничений 6) работа на садовом участке противопоказана
ПК-7	58. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1) тяжесть течения болезни 2) условия труда 3) степень функциональных нарушений 4) клинический и трудовой прогноз 5) тяжесть анатомических изменений в организме
ОПК-1	59. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА У БОЛЬНОГО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 42 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 1) амоксициллин или макролиды внутрь 2) респираторный фторхинолон 3) доксициклин внутрь 4) цефуроксим аксетил внутрь 5) верно 1, 3

ПК-15, ПК-16	60. КАКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОКАЗАНЫ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) лечебная физкультура 2) дыхательная гимнастика 3) курс поливитаминов 4) прогулки на свежем воздухе 5) верно 1, 2, 3
ОПК-6, ПК-7	61.ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ С ЛЕГКИМ ТЕЧЕНИЕМ: 1) 12-14 дней 2) 7-9 дней 3) 16-20 дней 4) 21-27 дней 5) 34-39 дней
ОПК-1, ПК-10	62. У БОЛЬНОГО 38 ЛЕТ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПРИЕМЕ ВОЗНИКЛИ РЕЗКИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ. НА ЭКГ – ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ИМ. ВАША ТАКТИКА 1) экстренно госпитализировать в кардиологическое отделение 2) купировать болевой синдром и экстренно госпитализировать 3) дообследовать больного (анализ крови, холестерин) и госпитализировать 4) купировать болевой синдром и продолжить лечение 5) госпитализировать в дневной стационар поликлиники экстренно
ОПК-1, ПК-1	63. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИДКОСТИ 1) 500мл 2) 1л 3) 1-1,5л 4) 2л 5) >2л
ОПК-1, ПК-2	64. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1) I 2) II 3) III 4) 0 5) IV
ОПК-1, ПК-2	65. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА 1) 2-3 раза 2) 1-2 раза 3) 5-6 раз 4) по необходимости

	5) 3-4 раза
ПК-2, ПК-8	66. КАКИЕ ВИДЫ ТРУДА И УСЛОВИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1) виды трудовой деятельности, внезапное прекращение которых в связи с приступом удушья может нанести вред больному и окружающим 2) работа с детьми 3) работа на компьютерах 4) работа в саду 5) верно 1, 3
ПК-1, ПК-8	67. ВЫЗОВ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА НА ДОМ. БОЛЬНОЙ 43 ГОДА, ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ В ПРАВОЙ СТОПЕ. ИЗ АНАМНЕЗА НАКАНУНЕ УПОТРЕБЛЯЛ В ПИЩУ ШАШЛЫКИ, КРАСНОЕ ВИНО В БОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ. БОЛЬ ЛОКАЛИЗОВАЛАСЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ОБЛАСТИ I-II ПЛЮСНЕФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ПРАВОЙ СТОПЫ. КОЖА НАД СУСТАВОМ ГИПЕРЕМИРОВАНА, ГОРЯЧАЯ НА ОЩУПЬ, ПАЛЬПАЦИЯ РЕЗКО БОЛЕЗНЕННАЯ, ДВИЖЕНИЕ РЕЗКО ОГРАНИЧЕНО. ПОДОБНЫЕ ЖАЛОБЫ ПОЯВИЛИСЬ ВПЕРВЫЕ. ВАША ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА 1) пункция сустава 2) клинический анализ крови 3) анализ крови на мочевую кислоту 4) рентгенограмма стоп 5) анализ суточной мочи на мочевую кислоту
ОПК-1, ПК-2	68. В ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ 3 ПО ПРИКАЗУ №869Н ВХОДЯТ 1) практически здоровые люди 2) здоровые люди, имеющие факторы риска 3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4) требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании. 5) пациенты, нуждающиеся в лечении и диагностике в условиях стационара
ОПК-1,	69. ЭФФЕКТА ОТ ФИТОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ: 1) через 20-30 минут от начала лечения 2) через 2-3 недели после начала лечения 3) через 2-3 года после начала лечения 4) через 2-3 дня 5) не следует ожидать
ОПК-1, ПК-2	70. ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ИЛИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ГРАЖДАНЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ ЭТИХ

	ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ), НУЖДАЮЩИЕСЯ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПРИКАЗУ № 869н ОТНОСЯТСЯ К: 1) II диспансерной группе 2) III диспансерной группе 3) IV диспансерной группе 4) IIIa диспансерной группе 5) I диспансерной группе
ОПК-1, ПК-7	71. СОГЛАСНО КАКОМУ ПРИКАЗУ ПРОИСХОДИТ ВЫДАЧА ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1) №90 2) №624н 3) №170 4) № 770 5) №188
ОПК-1, ОПК-6	72. ФОРМА МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО: 1) ф.№025 -12/у 2) ф.№072/у – 04 3) ф.№060 у 4) ф.№025 у 5) ф.№030
ОПК-1, ПК-7	73. ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЕДИНОЛИЧНО НА: 1) 10 дней 2) 11 дней 3) 7 дней 4) 12 дней 5) 14 дней
ОПК-1, ПК-1	74. СТАРИННЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦИНГИ БЫЛО НАЗНАЧЕНИЯ ОТВАРА ИЗ: 1) крушины ломкой 2) корня солодки 3) цветков календулы 4) хвои сосны 5) березы
ОПК-1, ПК-1	75. ОТХАРИВАЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ: 1) сок свеклы или редьки с медом 2) березовый сок 3) сок картофеля 4) яблочный сок 5) сок арбуза
ОПК-1, ПК-6	76. ВЫЗОВ ВРАЧА НА ДОМ. ЖАЛОБЫ НА ПОВЫШЕНИЕ Т ТЕЛА 37,6С, МИГРИРУЮЩИЕ БОЛИ В КРУПНЫХ СУСТАВАХ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ПРАВОМ КОЛЕННОМ И

	ЛЕВОМ ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВАХ, КОЖА НАД НИМИ СЛЕГКА ГИПЕРЕМИРОВАНА, ОТЕЧНА, ТЕМПЕРАТУРА ЕЕ ПОВЫШЕНА, ДВИЖЕНИЯ В СУСТАВАХ БОЛЕЗНЕННЫ. НА КОЖЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕЯРКИЕ РОЗОВЫЕ ПЯТНА С ПРОСВЕТЛЕНИЯМИ В ЦЕНТРЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЭТО 1) инфекционно-аллергический полиартрит 2) ревматический артрит 3) болезнь Лайма 4) ревматоидный артрит 5) склеродермия
ОПК-1, ПК-8	77. НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, БЫСТРУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ОДЫШКУ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ К ВЕЧЕРУ ОТЕКИ НА ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОП. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. В АНАМНЕЗЕ В 14 ЛЕТ ПЕРВАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ АТАКА, ПРОТЕКАЮЩАЯ С ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ЭНДОКАРДИТОМ. ВАША ТАКТИКА 1) наблюдение в динамике 2) направление на консультацию к ревматологу 3) направление на консультацию к кардиохирургу 4) назначение антибиотиков и фуросемида 5) направление на УЗИ сердца с доплерографией
ОПК-1, ПК-8	78. ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА, ЕСЛИ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ 72 ЧАСА, СОХРАНЯЕТСЯ ИНТОКСИКАЦИЯ, ЛИХОРАДКА, ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ. ПРИНИМАЕТ АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ. 1) продолжить терапию в течение суток без изменения препарата, дозы 2) продолжить терапию с увеличением дозы препарата 3) заменить/добавить макролидный антибиотик 4) заменить/добавить метронидазол 5) заменить/добавить природный пенициллин
ОПК-1, ПК-7	79. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКУЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА 1) 25-35 дней 2) 40-50 дней 3) 14-20 дней 4) 8-12 дней 5) 55-65 дней
ОПК-1, ПК-6	80. МУЖЧИНА 40 ЛЕТ НАПРАВЛЕН К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ПРОФОСМОТРА, ПО ПОВОДУ ПОВЫШЕНИЯ АД. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: В АНАЛИЗЕ МОЧИ БЕЛОК 1,2 Г/Л,

	ЭРИТРОЦИТЫ 10-15 В П/ЗР, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС 1012. ПРИ УЗИ ПОЧЕК ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО, МОЧЕВИНА И КРЕАТИНИН КРОВИ – НОРМАЛЬНЫЕ. В АНАМНЕЗЕ – БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО 1) гипертоническая болезнь 2) хронический пиелонефрит 3) хронический гломерулонефрит 4) подагрическая нефропатия 5) вторичный амилоидоз почек
ОПК-1, ПК-10	81. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ ФИЗИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: 1) ЧДД ≥ 30 в минуту 2) ДАД < 90 мм рт.ст. 3) ЧСС ≥ 125 ударов в минуту 4) нарушение сознания 5) ЧСС > 100 уд/мин
ОПК-1, ПК-6	82. БОЛЬНАЯ Д., 60 ЛЕТ СОТРУДНИК БИБЛИОТЕКИ ОБРАТИЛАСЬ С ЖАЛОБАМИ НА ПОСТОЯННУЮ ОДЫШКУ, СУХОЙ НЕПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ. КУРИТ В ТЕЧЕНИЕ 30 ЛЕТ. ПРИ ОСМОТРЕ: ЦИАНОЗ ГУБ, ЧДД 26 В МИНУТУ, ПРИ ПЕРКУССИИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. ЧСС 110 В МИНУТУ, АД 145/80 ММ РТ.СТ. ПРЕДПОЛОЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1) ХОБЛ 2) бронхиальная астма 3) рак легкого 4) ОРВИ 5) ЯБЖ
ПК-15, ПК-16	83. К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ ОТНОСИТСЯ 1) отказ от курения 2) предотвращение респираторной инфекции 3) борьба с вредными факторами на работе 4) здоровый образ жизни 5) рациональное питание
ОПК-1, ПК-16	84. НАЗОВИТЕ ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ 1) курение 2) промышленная пыль 3) нарушение роста легочной ткани 4) правильно 1, 2 5) полноценное питание
ОПК-1, ПК-1	85. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ ОСМОТР ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЮТ 1) торакоскопией

	2) фистулографией 3) бронхофонией 4) бронхоспирографией 5) бронхоскопией
ОПК-1, ПК-1	86. К ПОРАЖЕНИЯМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГБ ОТНОСЯТ 1) величину пульсового давления 2) семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний; 3) УЗИ признаки утолщения комплекса интимы-медиа на сонной артерии 4) стенокардию 5) транзиторную ишемическую атаку
ОПК-1, ПК-9	87. К МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ ОТНОСИТСЯ 1) назначение системных ГКС 2) назначение холинолитиков 3) назначение антагонистов кальция 4) назначение цитостатиков 5) верно 1, 2
ОПК-1, ПК-1	88. НАЗОВИТЕ ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 1) острое начало 2) высокая лихорадка 3) затяжное течение заболевания 4) резко усиленное СОЭ 5) высокий лейкоцитоз
ОПК-1, ПК-9	89. К КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИМ М-ХОЛИНОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ 1) фенотерол 2) сальбутамол 3) ипратропия бромид 4) тиатропиума бромид 5) верапамил
ОПК-1, ПК-1	90. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ ПРИЧИНУ КАШЛЯ, ЕСЛИ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ ВОЗНИКАЕТ СУХОЙ КАШЕЛЬ И РЕЗКАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ 1) воспаление гортани (ларингит) 2) воспаление трахеи и бронхов 3) гнойный воспалительный процесс в легком (абсцесс) 4) гиперсекреция бронхиальных желез + спазм мелких бронхов (бронхиальная астма) 5) воспаление плевры (сухой плеврит)
ОПК-1, ПК-1	91. ОПРЕДЕЛИТЕ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ, ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ЖАДНО «ХВАТАЕТ РТОМ ВОЗДУХ», ИМЕЕТСЯ ОЩУЩЕНИЕ «НЕПОЛНОГО ВДОХА»: 1) инспираторная одышка 2) экспираторная одышка

	3) стридорозное дыхание 4) дыхание Чейн-Стокса 5) дыхание Куссмауля
ОПК-1, ПК-1	92. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА? 1) крепитация 2) крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы 3) мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы 4) сухие разнокалиберные хрипы 5) шум трения плевры
ОПК-1, ПК-1	93. КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ 1) спирография 2) ЭКГ 3) рентгенологическое исследование органов грудной клетки 4) анализ мокроты 5) бронхоскопия
ОПК-1, ПК-9	94. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ 1) при появлении кровохарканья 2) длительно 3) при появлении гнойной мокроты 4) правильно 1, 2 5) при наличии кашля
ОПК-1, ПК-1	95. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) микоплазма 2) хламидия 3) легионелла 4) пневмококк 5) гемофильная палочка
ОПК-1, ПК-1	96. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАЗЫВАЕТСЯ АСТМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ 1) комплекс признаков, выявляемых при физикальном обследовании больного бронхиальной астмой в фазе обострения 2) тяжелый затяжной приступ бронхиальной астмы, не купирующийся бронходилататорами и сопровождающийся острой дыхательной недостаточностью, гипоксемией и гиперкапнией 3) приступ бронхиальной астмы, не прекращающийся после ингаляции симпатомиметиков 4) серия следующих один за другим приступов бронхиальной астмы 5) затяжной приступ удушья, потребовавший применения ГКС, но не сопровождающийся изменением газового состава крови
ОПК-1, ПК-1	97. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

	1) разрыв миокарда 2) эмболия мозга 3) нарушения ритма 4) синдром Дресслера 5) шок
ОПК-1, ПК-10	98. ОСТРЫЕ «КИНЖАЛЬНЫЕ» БОЛИ В ЖИВОТЕ, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА, НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ 1) пенетрацию язвы 2) перфорацию язвы 3) кровотечение из язвы 4) малигнизацию язвы 5) рак желудка
ОПК-1, ПК-1	99. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >300 мкмоль/л 2) скорость клубочковой фильтрации менее 15 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >600 мкмоль/л 3) скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >300 мкмоль/л 4) скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >600 мкмоль/л 5) скорость клубочковой фильтрации менее 14 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >300 мкмоль/л
ОПК-1, ПК-9	100. ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ НАЗНАЧАЮТ 1) антихолинергические средства 2) диету с высоким содержанием углеводов 3) диету с большим количеством жидкости 4) диету с высоким содержанием жиров 5) антациды

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. 3)	11. 3)	21. 4)	31. 1)	41. 3)	51. 1)	61. 1)	71. 2)	81. 5)	91.)
2. 5)	12. 3)	22. 5)	32. 2)	42. 2)	52. 3)	62. 2)	72. 4)	82. 1)	92. 4)
3. 4)	13. 3)	23. 3)	33. 4)	43. 3)	53. 5)	63. 3)	73. 1)	83. 4)	93. 3)
4. 3)	14. 5)	24. 4)	34. 2)	44. 2)	54. 5)	64. 2)	74. 4)	84. 4)	94. 3)
5. 5)	15. 2)	25. 1)	35. 2)	45. 1)	55. 2)	65. 1)	75. 1)	85. 1)	95. 4)
6. 4)	16. 1)	26. 5)	36. 3)	46. 3)	56. 3)	66. 1)	76. 2)	86. 3)	96. 2)
7. 2)	17. 4)	27. 4)	37. 3)	47. 3)	57. 3)	67. 5)	77. 5)	87. 2)	97. 3)
8. 1)	18. 2)	28. 2)	38. 2)	48. 1)	58. 3)	68. 4)	78. 3)	88. 3)	98. 2)
9. 3)	19. 3)	29. 3)	39. 1)	49. 1)	59. 1)	69. 2)	79. 3)	89. 3)	99. 2)
10. 2)	20. 3)	30. 2)	40. 2)	50. 1)	60. 5)	70. 4)	80. 3)	90. 5)	100. 1)

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

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

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

Вариант III

ОПК-1, ПК-2	1. КАКОВА КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ? 1) 4 раза в год 2) 3 раза в год 3) 1 раз в год 4) 5 раз в год 5) 6 раз в год
ОПК-1, ПК-1	2. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПОРОКОВ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ? 1) стеноз устья аорты 2) сочетанный митральный 3) недостаточность аортальных клапанов 4) трикуспидальная недостаточность 5) дефект межжелудочковой перегородки
ОПК-1, ПК-6	3. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ? 1) наследственный сфероцитоз 2) синдром Жильбера 3) хронический активный гепатит 4) желчекаменная болезнь 5) цирроз печени
ОПК-1, ПК-1	4. У ЛЮДЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 30 ЛЕТ И У ПОЖИЛЫХ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНО: 1) Повторная вирусно-бактериальная инфекция 2) Воздействие промышленных аэрозолей 3) Курение 4) Врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей 5) Верно 1 и 2
ОПК-1, ПК-1	5. В ДИАГНОСТИКЕ ИБС НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) аускультативные данные 2) типичные анамнестические данные 3) ЭКГ 4) анализ крови (клинический и биохимический) 5) состояние гиподинамики
ОПК-1, ПК-9	6. КАКАЯ ГРУППА ВЕЩЕСТВ ПОВЫШАЕТ АД, ЧСС, УВЕЛИЧИВАЕТ AV – ПРОВОДИМОСТЬ, УСИЛИВАЕТ ГЛИКОГЕНОЛИЗ, СНИЖАЕТ ТОНУС БРОНХОВ?

	1) М-холиноблокаторы 2) симпатолитики 3) альфа-бета-адреномиметики 4) альфа- адреномиметики 5) ганглиоблокаторы
ОПК-1, ПК-1	7. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ХГ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН? 1) электрогастроскопия; 2) дуоденальное зондирование; 3) рентгеноскопия; 4) фиброгастроскопия; 5) рентгенография.
ОПК-1, ПК-1	8. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ: 1) диффузная способность по СО; 2) остаточный объем; 3) максимальная вентиляция легких; 4) проба Триффно; 5) ЖЕЛ
ОПК-1, ПК-1	9. ОБМОРОКИ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ И СТЕНОКАРДИЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ХАРАКТЕРНЫ: 1) для недостаточности аортальных клапанов 2) для вертебро-базиллярной дисциркуляции 3) для дефекта межжелудочковой перегородки 4) для стеноза устья аорты 5) для полной атриовентрикулярной блокады
ОПК-6, ПК-7	10. ВЫДАЕТСЯ ЛИ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БЕЖЕНЦАМ ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) выдается на общих основаниях 2) не выдается 3) выдается при наличии оформленного статуса беженца 4) выдается на усмотрения врача 5) выдается в специальном ЛПУ для беженцев
ОПК-1, ОПК-6	11. КТО ИЗ УКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА 1) врач, состоящий в штате ЛПУ 2) фельдшер здравпункта 3) врач СМП 4) врач санатория 5) врач судмедэксперт
ОПК-1, ПК-7	12. БОЛЬНОЙ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ВЫРАЖЕННОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЕСЛИ ЭТО ПРИВЕЛО К НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ II

	СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ И СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) I группа инвалидности; 2) II группа инвалидности; 3) III группа инвалидности; 4) правильно 1 и 2. 5) правильно 1 и 3
ОПК-6, ПК-7	13. ЛИСТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЛИЦУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В ОТПУСКЕ БЕЗ СОХРАНЕНИЯ ЗАРПЛАТЫ ВЫДАЁТСЯ: 1) да; 2) нет; 3) при условии предоставления справки из поликлиники; 4) при наличии больничного листа
ОПК-6, ПК-7	14. КАКОЙ ВЫДАЁТСЯ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, НЕ РАБОТАЮЩИХ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ 1) справка произвольной формы 2) лист нетрудоспособности 3)выписка из амбулаторной карты с указанием сроков временной нетрудоспособности 4) не выдается 5) справка установленной формы
ОПК-6, ПК-7	15. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО СРОКА ПОСЛЕ УВОЛЬНЕНИЯ ПО УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ 1) в течение первых суток со дня увольнения 2) в течение 10 дней 3) в течение одного месяца 4) в течение одной недели 5) в течение 6 месяцев
ОПК-6, ПК-7	16. БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БЕЗРАБОТНОМУ МОЖНО ВЫДАТЬ ПРИ УСЛОВИИ: 1) больничный лист не выдаётся; 2) можно только при ургентном заболевании; 3) можно при госпитализации; 4) при наличии документа о взятии на учет по безработице; 5) на усмотрение лечащего врача
ОПК-6, ПК-7	17. ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ДНЕЙ ПОСЛЕ ВЫДАЧИ ПЕРВИЧНОГО БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА БОЛЬНОЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ НА ВК 1) через 10 дней 2) через 30 дней 3) через 15 дней 4) через 3 месяца при неблагоприятном трудовом прогнозе 5) через 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе

ОПК-1, ПК-7	18. К КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО, РАНЕЕ РАБОТАВШЕГО УЧИТЕЛЕМ, У КОТОРОГО ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ (ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ) И СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ? ЭТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ II СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА: 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) I и III группе инвалидности
ОПК-1, ПК-7	19. БЕЗРАБОТНЫЙ, СТОЯЩИЙ НА УЧЕТЕ В СЛУЖБЕ ТРУДА И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ОБРАТИЛСЯ В ПОЛИКЛИНИКУ ПО ПОВОДУ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, КОТОРОЕ ПРОЯВЛЯЛОСЬ УСИЛЕНИЕМ КАШЛЯ, УВЕЛИЧЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА МОКРОТЫ, ПОЯВЛЕНИЕМ СУБФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ. НУЖНО ЛИ ВЫДАТЬ ЕМУ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ? ЕСЛИ НУЖНО, ТО КАКОЙ? 1) не выдавать 2) справку произвольной формы 3) выписку из амбулаторной карты 4) листок нетрудоспособности 5) правильно 2 и 3
ОПК-6, ПК-7	20. НА КАКИЕ СРОКИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПО УХОДУ ЗА 9-МЕСЯЧНЫМ РЕБЕНКОМ РАБОТАЮЩЕМУ ЧЛЕНУ СЕМЬИ В СЛУЧАЕ БОЛЕЗНИ МАТЕРИ 1) на 5 дней 2) на 10 дней по решению ВК 3) на 3 дня 4) на весь срок болезни матери 5) до 30 дней
ОПК-6, ПК-7	21. КАКОЙ ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЕТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ БЫТОВОЙ ТРАВМЕ? 1) никакой 2) листок нетрудоспособности 3) справка о бытовой травме 4) справка произвольной формы 5) верно 3 и 4
ОПК-1, ПК-7	22. КТО РЕШАЕТ ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ НА

	МСЭ 1) лечащий врач 2) заведующий отделением 3) ВК 4) ВК, по представлению лечащего врача и заведующего отделением 5) пациент
ОПК-6, ПК-7	23. НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК ЕДИНОЛИЧНО 1) 7 дней 2) 20 дней 3) 28 дней 4) 15 дней 5) 40 дней
ОПК-1, ПК-7	24. КАКОЙ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, СЛЕДУЕТ ВЫДАТЬ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ В ГОСТИ ИЗ КИЕВА 1) никакой 2) листок нетрудоспособности как иногороднему 3) справка произвольной формы 4) справка установленной формы 5) правильно 3 и 4
ОПК-1, ПК-7	25. КТО ИМЕЕТ ПРАВО НАПРАВЛЯТЬ БОЛЬНЫХ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ 1) лечащий врач 2) зав. отделением 3) ВК лечебного учреждения по представлению лечащего врача 4) пациент 5) участковый терапевт
ОПК-6, ПК-7	26. НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК МОЖЕТ ВЫДАТЬ ВРАЧ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОВРЕМЕННО 1) 3 дня 2) 6 дней 3) 10 дней 4) 15 дней 5) 20 дней
ОПК-1, ПК-7	27. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧАСОВЩИКА, ЕСЛИ ПОСЛЕ ОТРАВЛЕНИЯ У НЕГО ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ (ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ) И СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ? ЭТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВИДЕ: ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ II СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ.

	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) I и III группы инвалидности
ОПК-1, ПК-7	28. КАК ОФОРМЛЯЕТСЯ ДУБЛИКАТ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В РАЗДЕЛЕ «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ» 1) в соответствии с записями врача в амбулаторной карте о продлении листка нетрудоспособности 2) одной строкой на весь период нетрудоспособности 3) принципиальной разницы в оформлении нет 4) в самопроизвольной форме 5) строго по специальной предоставленной форме
ОПК-1, ПК-7	29. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: 1) 40- 50 дней 2) 25-40 дней 3) 60-90 дней 4) 7-14 дней 5) 14-22 дня
ОПК-1, ПК-7	30. ЖЕНЩИНА ЗАБОЛЕЛА ВО ВРЕМЯ НЕДЕЛЬНОГО ОТПУСКА БЕЗ СОХРАНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ (ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА). С КАКОГО ДНЯ БОЛЕЗНИ ЕЙ ПОЛОЖЕН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) с первого дня болезни 2) с момента окончания отпуска без сохранения содержания 3) с 3-го дня болезни 4) со 2-го дня болезни 5) через 7 дней от начала заболевания
ОПК-6, ПК-7	31. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ВЫДАЕТСЯ ЛЕЧЕБНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БОЛЕЗНИ ИЛИ ТРАВМЕ, ВОЗНИКШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ 1) никакой документ не выдается 2) справка произвольной формы 3) листок нетрудоспособности 4) листок нетрудоспособности с отметкой в нем о факте опьянения 5) справка установленной формы
ОПК-1, ПК-1	32. ПО ДОРОГЕ НА РАБОТУ ПУТЕВОЙ ОБХОДЧИК ПОДВЕРНУЛ НОГУ. В ТРАВМПУНКТЕ ДИАГНОСТИРОВАЛИ РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК. НУЖЕН ЛИ ЭТОМУ ПАЦИЕНТУ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ, КТО ЕГО МОЖЕТ ВЫДАТЬ? 1) не нужен 2) нужен, врач травмпункта

	3) нужен, врач поликлиники по месту жительства 4) по желанию пациента, врач поликлиники по месту жительства 5) любой врач
ОПК-1, ПК-7	33. НАЗОВИТЕ СРОК ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ 3 ГРУППЫ 1) 1 раз в 2 года 2) ежегодно 3) 1 раз в 3 года 4) в переосвидетельствовании не нуждаются 5) 1 раз в 5 лет
ОПК-1, ПК-7	34. В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОЕ ПРОИСШЕСТВИЕ) У ПАЦИЕНТА (РАБОТНИКА КАНЦЕЛЯРИИ) ИМЕЛО МЕСТО НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ПАМЯТИ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ, ВНИМАНИЯ) И НАСТУПИЛО ОГРАНИЧЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ I СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ I СТЕПЕНИ. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) верно 1 и 2 5) верно 1 и 3
ОПК-1, ПК-7	34. В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОЕ ПРОИСШЕСТВИЕ) У ПАЦИЕНТА (РАБОТНИКА КАНЦЕЛЯРИИ) ИМЕЛО МЕСТО НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ПАМЯТИ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ, ВНИМАНИЯ) И НАСТУПИЛО ОГРАНИЧЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ I СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ I СТЕПЕНИ. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) верно 1 и 2 5) верно 1 и 3
ОПК-6, ПК-7	35. КАКОЙ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, НЕ РАБОТАЮЩИМ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, ВЫДАЁТСЯ: 1) справка произвольной формы 2) лист нетрудоспособности 3) выписка из амбулаторной карты с указанием сроков временной

	нетрудоспособности 4) не выдается 5) на усмотрение врача, справка установленной формы
ПК-7, ПК-8	36. БОЛЬНОЙ ЛЕЧИЛСЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПОЛИКЛИНИКИ ПО ПОВОДУ ЭРОЗИВНОГО ГАСТРИТА. НА ПЯТЫЕ СУТКИ ЯВИЛСЯ В СТАЦИОНАР С ПРИЗНАКАМИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ. ВРАЧ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ 1) закрыла больничный лист 2) отказала больному в приеме в этот день 3) продлила больничный лист с отметкой о нарушении режима 4) закрыла больничный лист и выдала справку о том, что больной находился на лечении в дневном стационаре поликлиники 5) продолжила лечение
ОПК-1, ПК-7	37. НА КАКОЙ СРОК СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ЕДИНОВРЕМЕННО И ЕДИНОЛИЧНО 1) до 5 дней 2) до 14 дней 3) до 20 дней 4) до 15 дней 5) до 50 дней
ПК-7, ПК-8	38. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН ПРИНЕСТИ ПАЦИЕНТ ДЛЯ ВЫДАЧИ ЕМУ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЗАМЕН УТЕРЯННОГО 1) направление лечащего врача 2) объяснительную записку 3) справку с места работы о том, что в данное время пособие не оплачено 4) медицинское свидетельство
ОПК-1, ПК-7	39. САНИТАРКА БОЛЬНИЦЫ ОБРАТИЛАСЬ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ И БОЛЯМИ В ГОРЛЕ. ВРАЧ ДИАГНОСТИРОВАЛ АНГИНУ. КТО МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЕЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ 1) врач приемного отделения 2) главный врач 3) врач поликлиники по месту жительства 4) врач инфекционного отделения 5) врач того отделения, где она работает
ОПК-1, ПК-7	40. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО, ЕСЛИ У НЕГО ПОСЛЕ ТРАВМЫ ИМЕЕТ МЕСТО НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ (ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ) И СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ? ЭТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ III СТЕПЕНИ,

	ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ III СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ III СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ III СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) никакой группе инвалидности
ОПК-1, ПК-7	41. КТО ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ МАТЬ НАХОДИТСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ МАСТИТА 1) никто 2) бабушка, проживающая в соседнем доме 3) любой член семьи, ухаживающий за ребенком и проживающий в этой квартире 4) соседка, согласившаяся временно ухаживать за ребенком 5) отец ребёнка
ОПК-1, ПК-7	42. КАКОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ УЧАЩЕМУСЯ ПТУ, ЕСЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЗНИКЛО В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ НЕОПЛАЧИВАЕМОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ 1) никакой документ не выдается 2) справка 095/у 3) справка произвольной формы 4) лист нетрудоспособности 5) справка 095/у и больничный лист
ОПК-1, ОПК-6	43. НАЗОВИТЕ НОМЕР ПРИКАЗА, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕГО ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ: 1) №5 2) №206 3) №770 4) №543
ОПК-1, ПК-7	44. У БОЛЬНОГО ИБС ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫРАЖЕНО НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ЧТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВИДЕ ОГРАНИЧЕНИЯ САМООБСЛУЖИВАНИЯ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ III СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ. СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО КАКОЙ-ЛИБО ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ 1) не соответствует 2) I группа инвалидности

	3) II группа инвалидности 4) III группа инвалидности
ПК-7, ПК-8	45. СТУДЕНТ ЗАБОЛЕЛ ГРИППОМ (НЕОСЛОЖНЕННАЯ ФОРМА). КАКОЙ ДОКУМЕНТ НУЖНО ВЫДАТЬ, ЕСЛИ ОН ПОДРАБАТЫВАЕТ СТОРОЖЕМ В ДЕТСКОМ САДУ 1) справка о временной нетрудоспособности (095/у) 2) листок нетрудоспособности 3) справку и листок нетрудоспособности 4) справка произвольной формы в два места 5) никакой документ не выдается
ПК-7, ПК-8	46. БОЛЬНАЯ ЛЕЧИТСЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПОЛИКЛИНИКИ С ДИАГНОЗОМ «ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА». БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ОТКРЫТ 3 НЕДЕЛИ НАЗАД. НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СОСТОЯНИЕ СТАБИЛИЗИРОВАЛОСЬ, ОДНАКО НАКАНУНЕ ВЫПИСКИ ВЕЧЕРОМ ЗАМЕТИЛА В КАЛЕ ПРИМЕСЬ АЛОЙ КРОВИ (В АНАМНЕЗЕ ГЕМОРРОЙ). КАК РЕШАЕТСЯ ВОПРОС О ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОЙ 1) больничный лист закрывается, лечение геморроя проводится в домашних условиях 2) больничный лист закрывается, больной рекомендуется лечиться у проктолога амбулаторно 3) больная направляется на консультацию к проктологу, который после уточнения диагноза решает вопрос о нетрудоспособности 4) больничный лист продляется по основному заболеванию
ПК-1, ПК-2	47. НАЗОВИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КОТОРЫЕ ПРОВОДЯТСЯ НА ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ С ЦЕЛЮ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ: А) прием амбулаторных больных Б) обслуживание вызовов на дому В) проведение профилактических осмотров Е) проведение лекций и бесед
ОПК-1, ПК-1	48. ОТЕК КВИНКЕ У БОЛЬНОГО ВОЗНИК ПРИ КОНТАКТЕ С СУХИМ КОРМОМ ДЛЯ РЫБОК (ДАФНИЯМИ). У ДАННОГО БОЛЬНОГО МОЖНО ОЖИДАТЬ ВАРИАНТ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НА 1) мясо 2) вареную рыбу 3) сушеную рыбу 4) раков и крабов 5) препараты йода
ОПК-1, ПК-7	49. КАКИЕ ВРАЧИ ИМЕЮТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) врачи домов отдыха 2) врачи туристических баз отдыха 3) врачи поликлиники аллергологического центра

	4) врачи учреждений санэпиднадзора 5) врачебная комиссия
ПК-7, ПК-8	50. БОЛЬНОЙ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАХОДИТСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ. НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАТЬ ЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) 15 дней 2) 26 дней 3) 30 дней 4) 40 дней 5) до 60 дней
ПК-1, ПК-7	51. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ 1) обнаружение конкрементов в желчном пузыре при инструментальном обследовании 2) желчная колика 3) обнаружение большого количества лейкоцитов в дуоденальном содержимом 4) обнаружение паразитов в дуоденальном содержимом 5) обнаружение хронического холецистита
ОПК-1, ПК-1	52. НАСТОЙКИ ОБЫЧНО ДОЗИРУЮТ: 1) по 5-10 капель на прием 2) по 20-30 капель на прием 3) по 20-30 мл на прием 4) по 200-300 мл на прием 5) по 40-50 капель на прием
ОПК-1, ПК-7	53. ВЫДАЕТСЯ ЛИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ИНВАЛИДОМ I ГРУППЫ 1) да 2) нет 3) выдаётся при наличии справки ВК 4) выдаётся при наличии справки из поликлиники
ОПК-6, ПК-7	54. НА СКОЛЬКО ДНЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧОМ СТАЦИОНАРА, ПРИ ВЫПИСКЕ ИНОГОРОДНЕГО, ЕСЛИ ОН ОСТАЕТСЯ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ 1) не продлевается, открывается новый по месту жительства 2) на семь дней без учета проезда к месту жительства 3) до 10 дней с учетом проезда к месту жительства 4) до 1 месяца с учетом проезда к месту жительства 5) до 2-х недель с учетом проезда к месту жительства
ОПК-1, ПК-2	55. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ 1) 1 раз в год

	2) 2 раза в год 3) 3 раза в год 4) 4 раза в год
ПК-7, ПК-8	56. НА КАКОЙ СРОК ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ РАБОТНИКАМ ОБЩЕПИТА, ВОДОСНАБЖЕНИЯ, ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НИХ ГЕЛЬМИНТОЗА 1) на 7 дней 2) на 10 дней 3) на весь период дегельминтизации 4) до 2-х недель 5) до 30 дней
ПК-7, ПК-8	57. ЖЕНЩИНА ВО ВРЕМЯ ОТПУСКА ПО УХОДУ ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ 3 МЕСЯЦЕВ ЗАБОЛЕЛА АППЕНДИЦИТОМ И БЫЛА ГОСПИТАЛИЗИРОВАНА В СТАЦИОНАР. КОМУ МОЖНО ВЫПИСАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ И НА КАКОЙ СРОК 1) отцу на 7 дней 2) работающей бабушке, совместно проживающей в одной квартире, на 2 недели 3) любому члену семьи на срок стационарного лечения 4) листок нетрудоспособности не выдается 5) только женщине
ПК-1, ПК-8	58. ТАКТИКА ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ 1) наблюдение на дому 2) экстренная госпитализация, извещение в ЦСЭН 3) срочно провести биохимический анализ крови 4) госпитализация в плановом порядке 5) наблюдение на дому, амбулаторный приём
ОПК-1, ОПК-6	59. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ЗАПОЛНЯЕТ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У БОЛЬНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ 1) карту инфекционного больного 2) извещение в кабинет инфекциониста 3) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении 4) экстренное уведомление главного врача и заведующего отделением 5) сообщить главному врачу
ОПК-6, ПК-7	60. БОЛЬНОЙ, РАНЕЕ РАБОТАВШИЙ ВОДИТЕЛЕМ АВТОМОБИЛЯ, БЫЛ УЧАСТНИКОМ АВАРИИ. В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРАВМЫ У НЕГО ВЫЯВЛЕНО УМЕРЕННОЕ НАРУШЕНИЕ СТАТОДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ, КОТОРОЕ ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ПЕРЕДВИЖЕНИЮ I СТЕПЕНИ. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

	1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) IV группа инвалидности
ОПК-6, ПК-7	61. БОЛЬНОЙ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИНЯЛ БОЛЬШУЮ ДОЗУ СНОТВОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ. БЫЛ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, ОТКУДА САМОВОЛЬНО УШЕЛ УТРОМ НА ВТОРЫЕ СУТКИ. В ЭТОТ ЖЕ ДЕНЬ ВЫЗВАЛ НА ДОМ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА, КОТОРЫЙ ВЫЯВИЛ У БОЛЬНОГО ПРИЗНАКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ, ГИПОТОНИЮ). КАКОЙ ДОКУМЕНТ И С КАКОГО ДНЯ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ РАБОТЫ 1) больничный лист с первого дня заболевания 2) справка произвольной формы 3) больничный лист со второго дня болезни 4) никакой документ не выдается
ОПК-1	62. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОГО РЕЖИМА 1) отказ от госпитализации 2) неявка в назначенный день на ВК 3) отказ от операции 4) отказ от направления на обследование 5) самовольный уход из стационара
ОПК-1, ПК-2	63. НАЗОВИТЕ, С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ БОЛЬНЫЕ ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ УЧЕТУ В 100% СЛУЧАЕВ 1) хронический пиелонефрит 2) хронический необструктивный бронхит 3) хронический обструктивный бронхит 4) гиперацидный гастрит 5) ОРВИ
ПК-2, ПК-8	64. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ НЕ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 1) отсутствие признаков обострения 2) снижение сроков временной нетрудоспособности 3) присоединение других хронических заболеваний 4) изменение группы инвалидности 5) первичный выход на инвалидность
ОПК-1, ПК-2	65. К ТРЕТЬЕЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ (Д-3) ОТНОСЯТСЯ 1) здоровые, не предъявляющие жалоб, в анамнезе и при осмотре которых не выявлены хронические заболевания и физикальные нарушения 2) лица, с пограничными состояниями 3) практически здоровые лица, у которых в анамнезе острые и хронические заболевания, но не имеющие несколько лет обострений

	4) лица с факторами риска 5) требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании
ОПК-1, ПК-8	66. РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИМ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ 1) только при неосложненном течении 2) больным до 50-летнего возраста 3) при отсутствии сопутствующих заболеваний 4) всем по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда
ОПК-1, ПК-1	67. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ 1) анализ желудочного сока 2) кровь на «С» реактивный белок 3) белок общий и белковые фракции 4) антиген 5) билирубин
ПК-2, ПК-8	68. КАК ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТСЯ К ТЕРАПЕВТУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (Д-3) 1) 2 раза в год 2) 1 раз в год 3) 3-6 раз в год 4) до 8 раз в год 5) 1-2 раза в год
ОПК-1, ПК-2	69. СОГЛАСНО КАКОМУ ПРИКАЗУ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ 1) приказ № 770 2) приказ № 90 3) приказ № 411 4) приказ № 869н 5) приказ № 55н
ОПК-6, ПК-7	70. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАРЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ ВЫДАЕТСЯ 1) на весь период пребывания больного в стационаре 2) на 10 койко-дней 3) на весь период пребывания в стационаре и время проезда к месту лечения и обратно 4) на 26 дней 5) на весь период пребывания в стационаре

ОПК-1, ПК-7	71. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1) тяжесть течения болезни 2) условия труда 3) степень функциональных нарушений 4) клинический и трудовой прогноз 5) тяжесть анатомических изменений в организме
ПК-1, ПК-2	72. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ 1) 1 раз в год 2) 2 3) 3 4) 4
ОПК-1, ПК-9	73. У БОЛЬНОГО БА В СОЧЕТАНИИ С ГБ КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: 1) тразикор 2) коринфар 3) раунатин 4) каптоприл 5) андипал
ОПК-1, ПК-1	74. ПРИ КАКИХ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АРИТМИЙ ПРОКАРДИАЛЬНЫХ УДАР МОЖЕТ ВОСТАНОВИТЬ РИТМ ИЛИ ПЕРЕВЕСТИ ОДНУ ФОРМУ АРИТМИИ В ДРУГУЮ, С БОЛЕЕ СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ: 1) желудочковой тахикардией 2) фибрилляции желудочков или асистолии 3) выраженной брадикардии 4) полной а.-в. Блокаде 5) суправентрикулярная блокада
ОПК-1, ПК-1	75. В ТЕЧЕНИИ ГРИППА РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ: 1) Репродукция вируса в клетках дыхательных путей вируса в клетках всего организма 2) Вирусемия, токсико-аллергические реакции 3) Поражение центральной нервной системы 4) Репродукция 5) Поражение
ОПК-1, ПК-7	76. СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОРЗ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ: 1) Тяжестью течения 2) Наличием осложнений больного 3) Профессией 4) Видом возбудителя 5) Возрастом
ОПК-1, ПК-1	77. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ

	(НАЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ: 1) пневмококк 2) стафилококк 3) клебсиелла 4) хламидии 5) вирусы
ОПК-1, ПК-1	78. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: 1) кардиогенный шок 2) левожелудочковая недостаточность 3) нарушение ритма 4) полная атриовентрикулярная блокада 5) тампонада сердца
ПК-8, ПК-9	79. КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ 30-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, РАЗВИВШЕЙСЯ ПОСЛЕ ГРИППА, ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕНИЦИЛЛИНА? 1) стрептомицин 2) оксациллин 3) тетрациклин 4) гентамицин 5) карбенициллин
ОПК-1, ПК-6	80. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ОРЗ И ГРИППА ХАРАКТЕРНЫ ЛАРИНГИТ И АФОНИЯ? 1) Грипп, тяжелое течение 2) Парагрипп 3) Аденовирусная 4) Риновирусная 5) Микоплазма
ПК-1, ПК-9	81. КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ НЕВЕРНО, ЧТО НИТРОГЛИЦЕРИН ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА УЛУЧШАЕТ КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК ВСЛЕДСТВИИ: 1) расширения емкостных сосудов (венул) 2) депонирование крови 3) уменьшения пред- и постнагрузки сердца 4) уменьшения напряжения стенки левого желудочка, в связи с чем коллатерали подвергается меньшему давлению 5) повышения давления в системе легочной артерии
ОПК-6, ПК-7	82. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ПОЛИКЛИНИКОЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ 1) днем направления на МСЭ 2) днем регистрации документов в МСЭ 3) днем освидетельствования

	4) больничный лист должен быть закрыт на 3-й день после освидетельствования в БМСЭ
ОПК-6, ПК-7	83. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ПОЛИКЛИНИКА МОЖЕТ ПРОДЛЕВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) до 1 месяца 2) до выздоровления 3) до 4 месяцев 4) не более 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе 5) без ограничения срока
ОПК-1, ПК-7	84. РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ МСЭ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) возраст пациент 2) допущенные дефекты в лечении 3) ходатайство предприятия, на котором работает больной 4) неблагоприятный трудовой прогноз 5) просьба пациента
ПК-1, ПК-7	85. БОЛЬНОЙ ИМЕЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03 НА ПРИЕМ ПРИШЕЛ 26.03 С ОБЪЕКТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ. КАК СЛЕДУЕТ ОФОРМИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) продлить с 23.03 до выздоровления 2) то же, но дополнительно сделать отметку о нарушении режима 3) продлить с 26.03 до выздоровления, сделав отметку о нарушении режима 4) оформить новый листок нетрудоспособности, а старый закрыть с 23.03 5) не продлевать
ОПК-6, ПК-7	86. ЖЕНЩИНАМ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И РОЖДЕНИЯ ЖИВОГО РЕБЕНКА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА СРОК 1) 86 дней 2) 120 дней 3) 140 дней 4) 156 дней 5) 180 дней
ПК-7, ПК-8	87. НА КАКОМ СРОКЕ ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 1) листок нетрудоспособности выдается на 3 дня 2) листок нетрудоспособности выдается на 10 дней 3) листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее 3 дней 4) листок нетрудоспособности не выдается 5) листок нетрудоспособности выдается до 30 дней

ОПК-6, ПК-7	88. НА КАКОЙ МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) листок нетрудоспособности выдается на 12 часов 2) листок нетрудоспособности выдается на 1 день 3) листок нетрудоспособности выдается на 2 дня 4) листок нетрудоспособности выдается на 3 дня 5) листок нетрудоспособности выдается на 1 час
ОПК-1, ПК-7	89. НА КАКОЙ СРОК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ II ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ 1) на 1 год 2) на 2 года 3) без указания сроков (бессрочно) 4) на 6 месяцев 5) на 4 месяца
ОПК-1, ПК-7	90. НА КАКОЙ СРОК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ III ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ 1) на 1 год 2) на 2 года 3) на 6 месяцев 4) без указания сроков (бессрочно) 5) на 16 дней
ОПК-1, ПК-2	91. СКОЛЬКО ГРУПП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЫ ЗНАЕТЕ 1) две 2) три 3) четыре 4) пять 5) шесть
ОПК-1, ПК-2	92. В ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ 3 ПО ПРИКАЗУ №869Н ВХОДЯТ 1) практически здоровые люди 2) здоровые люди, имеющие факторы риска 3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4) требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании 5) пациенты, нуждающиеся в лечении и диагностике в условиях стационара
ОПК-1, ПК-2	93. ГРАЖДАНЕ, У КОТОРЫХ НЕ УСТАНОВЛЕНЫ ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НО ИМЕЮТСЯ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ВЫСОКОМ ИЛИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОМ АБСОЛЮТНОМ СУММАРНОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ РИСКЕ, И КОТОРЫЕ НЕ НУЖДАЮТСЯ В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПО ПОВОДУ ДРУГИХ

	ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ) ПО ПРИКАЗУ №869н ОТНОСЯТСЯ К: 1) II диспансерной группе 2) III диспансерной группе 3) IV диспансерной группе 4) V диспансерной группе 5) I диспансерной группе
ОПК-6, ПК-7	94. ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЕДИНОЛИЧНО НА: 1) 10 дней 2) 11 дней 3) 7 дней 4) 12 дней 5) 14 дней
ОПК-1, ПК-7	95. НЕ ИМЕЕТ ПРАВА ВЫДАЧИ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА ВРАЧ: 1) военного госпиталя 2) приемного отделения больницы 3) скорой помощи 4) травматического пункта (поликлиники) 5) участковый терапевт
ОПК-1, ПК-7	96. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ 15 ДНЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ 1) лечащий врач лечебно-профилактического учреждения 2) заведующий отделением лечебно-профилактического учреждения 3) врачебная комиссия медицинской организации 4) бюро медико-социальной экспертизы 5) участковый терапевт
ОПК-1, ПК-7	97. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ВЫДАЕТСЯ СО ДНЯ 1) установления нетрудоспособности при врачебном освидетельствовании 2) начала заболевания 3) обращения к врачу в лечебно-профилактическое учреждение 4) не выдается 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-7	98. ТАКТИКА ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА ПРИ ОТКАЗЕ БОЛЬНОГО ОТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТНУЮ КОМИССИЮ 1) закрыть листок нетрудоспособности 2) сделать отметку в листке нетрудоспособности «отказ от проведения медико-социальной экспертизы» 3) послать письменную форму в бюро МСЭ 4) не закрывать больничный лист 5) правильно 1, 2
ОПК-1, ПК-7	99. УКАЖИТЕ КРИТЕРИИ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ

	ПРИЗНАНИЯ ГРАЖДАНИНА ИНВАЛИДОМ 1) нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма 2) ограничение жизнедеятельности, обусловленное нарушением здоровья 3) необходимость осуществления мер социальной защиты вследствие социальной недостаточности 4) ограничение жизнедеятельности 5) закрытая черепно – мозговая травма
ОПК-1, ПК-7	100. КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ II ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ 1) нарушение здоровья со стойким умеренным расстройством функций организма 2) ограничение способности к передвижению 1-й степени 3) ограничение способности к трудовой деятельности 2-й, 3-й степени 4) ограничение способности к самообслуживанию 2-й степени 5) правильный ответ 3, 4

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. 1)	11. 3)	21. 5)	31. 4)	41. 3)	51. 4)	61. 1)	71. 1)	81. 2)	91. 2)
2. 3)	12. 1)	22. 4)	32. 2)	42. 4)	52. 2)	62. 4)	72. 3)	82. 3)	92. 4)
3. 4)	13. 3)	23. 2)	33. 4)	43. 4)	53. 4)	63. 2)	73. 2)	83. 3)	93. 1)
4. 4)	14. 2)	24. 3)	34. 3)	44. 2)	54. 5)	64. 3)	74. 3)	84. 4)	94. 1)
5. 5)	15. 3)	25. 3)	35. 2)	45. 5)	55. 3)	65. 5)	75. 3)	85. 5)	95. 3)
6. 1)	16. 3)	26. 4)	36. 1)	46. 3)	56. 2)	66. 4)	76. 3)	86. 3)	96. 4)
7. 3)	17. 3)	27. 1)	37. 4)	47. 3)	57. 1)	67. 3)	77. 5)	87. 4)	97. 2)
8. 4)	18. 3)	28. 2)	38. 3)	48. 4)	58. 3)	68. 5)	78. 2)	88. 1)	98. 2)
9. 1)	19. 4)	29. 5)	39. 1)	49. 3)	59. 3)	69. 4)	79. 1)	89. 5)	99. 3)
10. 2)	20. 1)	30. 5)	40. 3)	50. 2)	60. 2)	70. 2)	80. 4)	90. 4)	100. 3)

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

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

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

Вариант IV

ОПК-1, ПК-7	1. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ 1) днем направления на МСЭ 2) днем регистрации документов на МСЭ 3) днем освидетельствования в МСЭ 4) датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ
ОПК-1, ПК-2	2. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ С ПОГРАНИЧНЫМ УРОВНЕМ АД (140/90-159/94ММРТ.СТ.) 1) 1 раз в год 2) 2 3) 3 4) 4
ОПК-1, ПК-1	3. СКОЛЬКО ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ ТЯЖЕСТИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ СУЩЕСТВУЕТ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ КАНАДСКОЙ АССОЦИАЦИИ КАРДИОЛОГОВ 1) два 2) три 3) четыре 4) пять 5) девять
ОПК-1, ПК-6	4. ПРИ АНАЛИЗЕ ДАННЫХ СПИРОМЕТРИИ ПОЛУЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ: ИНДЕКС ТИФНО-54%, ОФВ1- 57%. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. 1) бронхиальная астма; 2) ХОБЛ легкой степени; 3) ХОБЛ средней степени; 4) ХОБЛ тяжелой степени; 5) ХОБЛ крайне тяжелой степени
ОПК-1, ПК-1	5. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ БОЛЬ В ГРУДИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ 1) физическая нагрузка 2) повышение артериального давления 3) холод 4) обильный прием пищи 5) ангиопротекторы
ОПК-1, ПК-6	6. БОЛЬНАЯ Д., 60 ЛЕТ СОТРУДНИК БИБЛИОТЕКИ ОБРАТИЛАСЬ С ЖАЛОБАМИ НА ПОСТОЯННУЮ ОДЫШКУ, СУХОЙ НЕПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ. КУРИТ В ТЕЧЕНИЕ 30 ЛЕТ. ПРИ

	ОСМОТРЕ: ЦИАНОЗ ГУБ, ЧДД 26 В МИНУТУ, ПРИ ПЕРКУССИИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. ЧСС 110 В МИНУТУ, АД 145/80 ММ РТ.СТ. ПРЕДПОЛОЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1) ХОБЛ 2) бронхиальная астма 3) рак легкого 4) ОРВИ 5) ЯБЖ
ПК-9, ПК-16	7. К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ ОТНОСИТСЯ 1) отказ от курения 2) предотвращение респираторной инфекции 3) борьба с вредными факторами на работе 4) здоровый образ жизни 5) рациональное питание
ОПК-1, ПК-1	8. НАЗОВИТЕ ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ 1) курение 2) промышленная пыль 3) нарушение роста легочной ткани 4) правильно 1, 2 5) полноценное питание
ОПК-1, ПК-1	9. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ ОСМОТР ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ НАЗЫВАЮТ 1) торакоскопией 2) фистулографией 3) бронхофонией 4) бронхоспирографией 5) бронхоскопией
ОПК-1	10. К ПОРАЖЕНИЯМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ГБ ОТНОСЯТ 1) величину пульсового давления 2) семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний; 3) УЗИ признаки утолщения комплекса интимы-медиа на сонной артерии 4) стенокардию 5) транзиторную ишемическую атаку
ОПК-1, ПК-9	11. К МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ ОТНОСИТСЯ 1) назначение системных ГКС 2) назначение холинолитиков 3) назначение антагонистов кальция 4) назначение цитостатиков 5) верно 1, 2
ОПК-1, ПК-1	12. НАЗОВИТЕ ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

	1) острое начало 2) высокая лихорадка 3) затяжное течение заболевания 4) резко усиленное СОЭ 5) высокий лейкоцитоз
ОПК-1, ПК-9	13. К КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИМ М-ХОЛИНОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ 1) фенотерол 2) сальбутамол 3) ипратропия бромид 4) тиатропиума бромид 5) верапамил
ОПК-1, ПК-1	14. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ ПРИЧИНУ КАШЛЯ, ЕСЛИ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ ВОЗНИКАЕТ СУХОЙ КАШЕЛЬ И РЕЗКАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ 1) воспаление гортани (ларингит) 2) воспаление трахеи и бронхов 3) гнойный воспалительный процесс в легком (абсцесс) 4) гиперсекреция бронхиальных желез + спазм мелких бронхов (бронхиальная астма) 5) воспаление плевры (сухой плеврит)
ОПК-1, ПК-1	15. ОПРЕДЕЛИТЕ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ, ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ЖАДНО «ХВАТАЕТ РТОМ ВОЗДУХ», ИМЕЕТСЯ ОЩУЩЕНИЕ «НЕПОЛНОГО ВДОХА»: 1) инспираторная одышка 2) экспираторная одышка 3) стридорозное дыхание 4) дыхание Чейн-Стокса 5) дыхание Куссмауля
ОПК-1, ПК-1	16. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА? 1) крепитация 2) крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы 3) мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы 4) сухие разнокалиберные хрипы 5) шум трения плевры
ОПК-1, ПК-1	17. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НАД ЛЁГКИМИ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ? 1) крепитацию 2) крупнопузырчатые влажные звонкие хрипы 3) мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы 4) сухие хрипы 5) шум трения плевры
ОПК-1, ПК-1	18. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ ПРИ

	ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 1) диспептические явления 2) головные боли 3) головокружение 4) одышка 5) сердцебиение
ОПК-1, ПК-10	19. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ МОЧИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ? 1) белка более 3 г/л 2) белка менее 1 г/л 3) относительная плотность менее 1005 4) большое количество уратов 5) бактериурия
ОПК-1, ПК-8	20. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА У ТЕРАПЕВТА В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ? 1) 29 мин 2) 17,7 мин 3) 18 мин 4) 20 мин 5) 5 мин
ОПК-1	21. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА НА ДОМУ? 1) 2 мин 2) 20 мин 3) 30 мин 4) 1,5 часа 5) 60 мин
ОПК-1, ПК-2	22. КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРОВОДЯТСЯ? 1) предварительный 2) предварительные, периодические, целевые 3) предварительные, периодические 4) периодические, целевые 5) периодические, целевые
ОПК-1, ПК-2	23. ЧЕРЕЗ КАКИЕ ИНТЕРВАЛЫ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР ЛИЦ, ПЕРЕНЁСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ОКОНЧИВШУЮСЯ ПОЛНЫМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ? 1) через 2, 4, 8 месяцев 2) через 6, 12 месяцев 3) через 1, 3 и 6 месяцев 4) через 1 месяц 5) через 1, 2 месяца
ОПК-1, ПК-2	24. КАКИЕ УЗКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИВЛЕКАЮТСЯ К ОСМОТРУ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНИХИТОМ?

	1) отоларинголог 2) отоларинголог, стоматолог 3) стоматолог 4) терапевт 5) стоматолог, терапевт
ОПК-1, ПК-2	25. КАКОВА КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ? 1) 4 раза в год 2) 3 раза в год 3) 1 раз в год 4) 5 раз в год 5) 6 раз в год
ОПК-6, ПК-7	26. В КАКОМ СЛУЧАЕ ИНОСТРАННОМУ ГРАЖДАНИНУ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ? 1) не выдается ни при каких обстоятельствах 2) выдается при болезни 3) если он является сотрудником российского предприятия 4) если он проживает на территории РФ 5) Если он является сотрудником филиала иностранного предприятия
ОПК-1, ПК-1	27. БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ НОГТЕЙ ПАЛЬЦЕВ РУК («ЧАСОВЫЕ СТЕКЛА»), ОДЫШКА ЯВЛЯЮТСЯ ЧАСТЫМИ ПРИЗНАКАМИ 1) острого респираторного заболевания 2) пневмоторакса 3) острого бронхита 4) пневмонии 5) эмфиземы легких
ОПК-1, ПК-1	28. К ПРАВИЛАМ СБОРА МОКРОТЫ ОТНОСИТСЯ 1) рекомендуется собирать утром, до приема пищи, перед сбором следует почистить зубы, сбор необходимо производить в стерильные контейнеры, которые должны быть доставлены в микробиологическую лабораторию не позднее, чем через 2 ч после ее забора; 2) рекомендуется собирать утром, перед сбором не следует чистить зубы, сбор необходимо производить в стерильные контейнеры, которые должны быть доставлены в микробиологическую лабораторию не позднее, чем через 2 ч после ее забора; 3) рекомендуется собирать утром, до приема пищи, перед сбором следует почистить зубы, сбор необходимо производить в стерильные контейнеры, которые должны быть доставлены в микробиологическую лабораторию не позднее 24 часов после ее забора; 4) рекомендуется собирать вечером, сбор необходимо производить в стерильные контейнеры, которые должны быть доставлены в микробиологическую лабораторию не позднее, чем через 2 ч после ее забора
ОПК-1, ПК-9	29. К ДЛИТЕЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИМ БРОНХОДИЛЯТОРАМ

	ОТНОСИТСЯ 1) сальметерол 2) формотерол 3) сальбутамол 4) ипратропия бромид 5) верно 1, 2
ОПК-1, ПК-9	30. ДИАГНОСТИРОВАНА ХОБЛ II СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ 1) короткодействующий бронходилататор по потребности 2) системный ГКС 3) ингаляционный ГКС 4) длительнодействующий бронходилататор 5) правильно 1, 4
ОПК-1, ПК-1	31. КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ 1) спирография 2) ЭКГ 3) рентгенологическое исследование органов грудной клетки 4) анализ мокроты 5) проба Реберга
ОПК-1, ПК-10	32. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ ФИЗИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: 1) ЧДД ≥ 30 в минуту 2) ДАД < 90 мм рт.ст. 3) ЧСС ≥ 125 ударов в минуту 4) нарушение сознания 5) ЧСС > 100 уд/мин
ОПК-1, ПК-1	33. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПНЕВМОНИИ 1) отек легких 2) нарушение ритма 3) абсцедирование 4) острая печеночная недостаточность
ПК-1, ПК-6	34. ПРИСТУП УДУШЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ 1) диспепсии 2) кардиогенного шока 3) синдрома Бадда-Киари 4) пневмонии 5) бронхиальной астмы
ПК-1, ПК-9	35. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

	1) амоксициллина 2) парацетамола 3) противовирусных препаратов; 4) правильно 2, 3 5) сальбутамола
ОПК-1, ПК-1	36. ПОД ТЕРМИНОМ ПНЕВМОНИЯ, ВЫЗВАННАЯ АТИПИЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ, ПРИНЯТО ПОДРАЗУМЕВАТЬ 1) пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации 2) вирусную пневмонию 3) эозинофильный инфильтрат 4) пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами 5) пневмонию, вызванную грамотрицательной флорой
ПК-1, ПК-8	37. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ 1) креатинин сыворотки крови > 176,7 или азот мочевины > 7,0 ммоль/л 2) SaO ₂ <92% (по данным пульсоксиметрии) 3) мочева кислота < 250 ммоль/л 4) верно 1, 2 5) аллергический дерматит
ОПК-1, ПК-9	38. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) 7 дней 2) 7-10 дней 3) 14 дней 4) 21 день 5) 3-5 дней
ОПК-1, ПК-9	39. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ МОГУТ ЧАЩЕ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ РЕГУЛЯРНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ 1) дисфония 2) ротоглоточный кандидоз 3) аллергический дерматит 4) задержка мочи 5) правильный ответ 1, 2
ОПК-1, ПК-6	40. ЖЕНЩИНА 32 ГОДА, ПРИ СЛУЧАЙНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ В ОАМ: ПРОТЕИНУРИЯ ДО 70 МГ/Л, ЛЕЙКОЦИТУРИЯ (15-20 В П/З). ИЗ АНАМНЕЗА: 3 ГОДА НАЗАД ПЕРЕНЕСЛА ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ЛЕЧИЛАСЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ 1) гломерулонефрит 2) хронический пиелонефрит 3) хронический цистит

	4) мочекаменная болезнь 5) интерстициальный нефрит
ОПК-1, ПК-6	41. У ПАЦИЕНТА 68 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА НЕПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ ПО УТРАМ, ОДЫШКУ ПРИ НАГРУЗКЕ, ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА, БЫСТРУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ (ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ БРОНХОДИЛЯТОРА) ФЖЕЛ-92%, ОФВ1-45%, ОФВ1/ФЖЕЛ-56%. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ 1) бронхиальная астма 2) ХОБЛ легкой степени 3) ХОБЛ тяжелой степени 4) ОРВИ 5) рак лёгкого
ОПК-1, ПК-9	42. К ЦЕЛЯМ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ ОТНОСИТСЯ 1) облегчение симптомов, профилактика и лечение обострений, улучшение качества жизни, повышение толерантности к физической нагрузке 2) снижение смертности, повышение толерантности к физической нагрузке, предотвращение прогрессирования заболевания, облегчение симптомов 3) облегчение симптомов, профилактика и лечение обострений, улучшение качества жизни, повышение толерантности к физической нагрузке, снижение смертности, повышение толерантности к физической нагрузке 4) верно 1, 2
ОПК-1, ПК-9	43. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГКС ОТНОСЯТСЯ 1) беклометазона дипропионат, будесонид, формотерол 2) флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид 3) флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид, тиотропиум, сальметерол 4) флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид, тиотропиум
ОПК-1, ПК-6	44. ПАЦИЕНТ 67 ЛЕТ ЖАЛОБЫ НА ОДЫШКУ ПРИ УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОКРОТЫ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА. В АНАМНЕЗЕ ОДЫШКА ПОЯВИЛАСЬ 5 ЛЕТ НАЗАД, ПОСТЕПЕННО НА МЕНЕЕ ИНТЕНСИВНУЮ НАГРУЗКУ. КУРИТ В ТЕЧЕНИЕ 45 ЛЕТ ПО 1 ПАЧКЕ В ДЕНЬ. ПРИ ОСМОТРЕ: Т ТЕЛА 35,6С, НОГТИ В ВИДЕ «ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ», ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ МУСКУЛАТУРА УЧАСТВУЕТ В АКТЕ ДЫХАНИЯ, ЧДД – 22 В МИНУТУ, ПРИ ПЕРКУССИИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЖЕСТКОЕ ДЫХАНИЕ, ЧСС 96 В МИНУТУ, АД 130/80 ММ РТ.СТ.ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ (ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ БРОНХОДИЛАТОРОВ): ФЖЕЛ – 94%, ОФВ1 – 28%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 56%. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ 1) бронхиальная астма

	2) туберкулез легких 3) ХОБЛ тяжелой степени 4) ХОБЛ крайне тяжелой степени 5) ХОБЛ среднетяжелой степени
ОПК-1, ПК-6	5. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ 1) одышка чаще инспираторная, кашель нередко сопутствует одышке, мокрота розовая, пенная 2) одышка чаще экспираторная, кашель появляется в конце приступа, мокрота стекловидная, во время приступа рассеянные сухие хрипы 3) одышка чаще инспираторная, кашель появляется в конце приступа, мокрота стекловидная, влажные мелкопузырчатые хрипы 4) одышка чаще экспираторная, кашель нередко сопутствует одышке, мокрота розовая, пенная 5) одышка инспираторная
ОПК-1, ПК-1	46. ОРТОПНОЭ – ЭТО ОДЫШКА, КОТОРАЯ 1) возникает в положении лежа и уменьшается в положении сидя 2) возникает в положении лежа и не уменьшается в положении сидя 3) возникает в положении сидя и уменьшается в положении лежа 4) возникает в горизонтальном положении, уменьшается лежа 5) возникает в не зависимости от положения тела
ОПК-1, ПК-9	47. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА ОТНОСЯТСЯ 1) диарея, изменение функциональных проб печени (иногда токсический гепатит), головная боль, головокружение 2) ulcerогенное действие на ЖКТ, желудочно-кишечные кровотечения и другие геморрагические проявления 3) головная боль, головокружение, нарушение вкуса, парестезии, лихорадка, серозит 4) сухость во рту, запор, кашель и местное раздражение слизистых оболочек, тахикардия, затрудненное мочеиспускание; 5) сонливость, мышечная слабость, нарушение памяти
ОПК-1, ПК-9	48. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ТЕОФИЛЛИНА ЯВЛЯЮТСЯ 1) инфаркт миокарда, тахикардия, гипертиреоз 2) закрытоугольная глаукома, нарушение функции печени 3) нарушение функции почек, период роста 4) онкологическая патология с низким уровнем костного обмена, остеопороз 5) открытоугольная глаукома
ОПК-1, ПК-10	49. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) ЧДД > 30 в минуту 2) САД < 90 мм рт.ст. 3) ДАД < 60 мм рт.ст. 4) правильно 2, 3

	5) лейкоцитоз
ПК-8, ПК-9	50. ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЯ ПРОВОДИТСЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) 48-72 часа 2) 2-4 часа 3) 72-96 часов 4) 10-12 часов 5) 6-7 минут
ОПК-1, ПК-9	51. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИПРАТРОПИЯ БРОМИДА ЯВЛЯЕТСЯ 1) инфаркт миокарда, тахиаритмии, гипертиреоз; 2) закрытоугольная глаукома 3) нарушение функции почек, период роста 4) онкологическая патология с низким уровнем костного обмена 5) СА-блокада
ОПК-1, ПК-9	52. УКАЖИТЕ КРИТЕРИИ ДОСТАТОЧНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) $T_{\text{тела}} < 37,5^{\circ}\text{C}$ 2) отсутствие интоксикации 3) отсутствие дыхательной недостаточности 4) количество лейкоцитов $< 10 \cdot 10^9/\text{л}$
ОПК-1, ПК-2	53. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1) I 2) II 3) III 4) 0 5) IV
ОПК-1, ПК-2	54. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА 1) 2-3 раза 2) 1-2 раза 3) 5-6 раз 4) по необходимости 5) более 10 раз
ОПК-1, ПК-16	55. КАКИЕ ВИДЫ ТРУДА И УСЛОВИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1) виды трудовой деятельности, внезапное прекращение которых в связи с приступом удушья может нанести вред больному и окружающим

	2) работа с детьми 3) работа на компьютерах 4) работа в саду 5) правильно 2 и 4
ОПК-1, ПК-1	56. КАКОЙ ПРИБОР НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ БОЛЬНОМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ 1) спирограф 2) пневмотахограф 3) пикфлоуметр 4) анализатор газового состава крови 5) стетофонедоскоп
ПК-6, ПК-10	57. ПРИ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШЕЙ ОДЫШКЕ, БОЛЯХ В ГРУДИ, ТАХИКАРДИИ, КРОВОХАРКАНЬЕ, ШУМЕ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ, ЦИАНОЗЕ У БОЛЬНОГО С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ 1) астматический статус 2) очаговый туберкулез легких 3) аспирационную пневмонию 4) ТЭЛА 5) спонтанный пневмоторакс
ОПК-1, ПК-9	58. К БЛОКАТОРАМ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ОТНОСЯТ 1) акривастин 2) гидроксизин 3) фексофенадин 4) эбастин 5) зафирлукаст
ОПК-1, ПК-9	59. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА ОТНОСЯТСЯ 1) диарея, изменение функциональных проб печени (иногда токсически гепатит), головная боль, головокружение 2) ulcerогенное действие на ЖКТ, желудочно-кишечные кровотечения и другие геморрагические проявления 3) тремор, беспокойство, сухость или раздражение в полости рта, тахикардия 4) запор, кашель, тахикардия, затрудненное мочеиспускание 5) сонливость, мышечная слабость, нарушение памяти
ОПК-6, ПК-7	60. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 1) 45-60 дней 2) 25-30 дней 3) 30-45 дней 4) до 20 дней

	5) 7-10 дней
ОПК-6, ПК-7	61. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) 45-60 дней; 2) 60-75 дней; 3) 65-80 дней; 4) 30-40 дней; 5) до 120 дней
ПК-1, ПК-6	62. ДЛЯ БРОНХИТИЧЕСКОГО ТИПА ХОБЛ ХАРАКТЕРНО 1) масса тела понижена, объективно: незначительные изменения аускультативных и перкуторных данных, при рентгенологическом исследовании грудной клетки умеренная эмфизема легких, большие размеры сердца, паталогоанатомическая картина: выраженные признаки эндоброхиального воспаления в бронхах разного калибра 2) масса тела повышена, раннее появление гиперкапнии, при аускультации большое количество хрипов, при рентгенологическом исследовании грудной клетки выраженная эмфизема легких, размеры сердца не изменены 3) масса тела повышена, раннее появление гиперкапнии, при аускультации большое количество хрипов, при рентгенологическом исследовании грудной клетки выраженная эмфизема легких, большие размеры сердца, паталогоанатомическая картина: умеренная центроацинарная эмфизема легких; 4) масса тела повышена, раннее появление гиперкапнии, при аускультации большое количество хрипов, при рентгенологическом исследовании грудной клетки умеренная эмфизема легких, большие размеры сердца, паталогоанатомическая картина: выраженные признаки эндоброхиального воспаления в бронхах разного калибра; 5) масса тела повышена, позднее появление гиперкапнии, при рентгенологическом исследовании грудной клетки эмфизема легких, большие размеры сердца, паталогоанатомическая картина: умеренная центроацинарная эмфизема легких
ПК-1, ПК-6	63. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, В ОТЛИЧИИ ОТ ХОБЛ ХАРАКТЕРНО: 1) появление приступов дыхательного дискомфорта через несколько лет после начала кашля и одышки, часто в анамнезе курение, в клинической картине чередование острых приступов и ремиссий, может быть связь приступа удушья с аллергеном, отделение мокроты незначительное 2) обычно начинается с приступов удушья, аллергическая наследственность отягощена, в клинической картине чередование острых приступов и ремиссий, может быть связь приступа удушья с аллергеном, отделение мокроты незначительное 3) обычно начинается с приступов удушья, аллергическая наследственность не отягощена, в клинической картине доминирует постоянная экспираторная одышка, усиливающаяся при физической

	нагрузке, удушье возникает на фоне приступообразного кашля, отделение мокроты незначительное 4) обычно начинается с приступов удушья, при анализе результатов спирографии малообратимая обструкция, проба с беротеком отрицательная
ОПК-1, ПК-6	64. ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ 1) развитие в любом возрасте, связь с курением, начало болезни острое с лихорадкой, возможны боли в грудной клетке, физикальные изменения отсутствуют, в ОАК лейкоцитоз, рост СОЭ, при рентгенологическом исследовании вначале обнаруживается малоинтенсивная округлая тень с нечеткими контурами 2) чаще у лиц старше 50 лет, связь с курением, начало болезни бессимптомное, возможны боли в грудной клетке, физикальные изменения отсутствуют, в ОАК умеренный рост СОЭ при нормальном количестве лейкоцитов, при рентгенологическом исследовании вначале обнаруживается малоинтенсивная округлая тень с нечеткими контурами 3) чаще у лиц старше 50 лет, связь с курением, начало болезни бессимптомное, возможны боли в грудной клетке, физикальные изменения отсутствуют, в ОАК нет изменений, при рентгенологическом исследовании округлые полиморфные тени с четкими контурами, имеющие разную давность чаще в верхней доле 4) развитие заболевания в любом возрасте, чаще у мужчин, начало болезни с сухого кашля, нередко кровохарканье, возможны боли в грудной клетке, физикальные изменения отсутствуют, в ОАК лейкоцитоз при нормальной СОЭ, при рентгенологическом исследовании очаговые тени с расплывчатыми границами, усиление легочного рисунка и корней легкого 5) верно 1, 3
ПК-1, ПК-6	65. КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ 1) спирография 2) ЭКГ 3) рентгенологическое исследование органов грудной клетки 4) анализ мокроты 5) бронхоскопия
ОПК-1, ПК-9	66. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ 1) при появлении кровохарканья 2) длительно 3) при появлении гнойной мокроты 4) правильно 1, 2 5) при наличии кашля
ОПК-1, ПК-1	67. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

	1) микоплазма 2) хламидия 3) легионелла 4) пневмококк 5) гемофильная палочка
ОПК-1, ПК-1	68. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАЗЫВАЕТСЯ АСТМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ 1) комплекс признаков, выявляемых при физикальном обследовании больного бронхиальной астмой в фазе обострения 2) тяжелый затяжной приступ бронхиальной астмы, не купирующийся бронходилататорами и сопровождающийся острой дыхательной недостаточностью, гипоксемией и гиперкапнией 3) приступ бронхиальной астмы, не прекращающийся после ингаляции симпатомиметиков 4) серия следующих один за другим приступов бронхиальной астмы 5) затяжной приступ удушья, потребовавший применения ГКС, но не сопровождающийся изменением газового состава крови
ОПК-1, ПК-6	69. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1) разрыв миокарда 2) эмболия мозга 3) нарушения ритма 4) синдром Дресслера 5) шок
ОПК-1, ПК-10	70. ОСТРЫЕ «КИНЖАЛЬНЫЕ» БОЛИ В ЖИВОТЕ, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА, НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ 1) пенетрацию язвы 2) перфорацию язвы 3) кровотечение из язвы 4) малигнизацию язвы 5) рак желудка
ОПК-1, ПК-10	71. У ПАЦИЕНТА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ С-М ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА, С-М КУРВУАЗЬЕ, ФРЕНИКУС С-М. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАДО ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ 1) язва желудка 2) острый панкреатит 3) острый аппендицит 4) почечная колика 5) острый холецистит
ОПК-6, ПК-7	72. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 1) 20-26 дней

	2) 26-32 дня 3) 48-55 дней 4) 8-12 дня 5) 50-60 дней
ПК-1, ПК-6	73. КАКОЙ ИЗ НАЗВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОТЛИЧИТЬ ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ 1) величины протеинурии 2) величина клубочковой фильтрации 3) удельный вес 4) степень цилиндрурии 5) уровень креатинина крови
ОПК-1, ПК-1	74. СИНДРОМ ДИСПЕПСИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК 1) ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), локализованное в подложечной области ближе к срединной линии 2) ощущение боли в подложечной области, изжога, отрыжка 3) ощущение боли или дискомфорта локализованное в правом подреберье, горечь во рту, выраженная слабость 4) слабость, недомогание, боли в эпигастральной области 5) тошнотой более 5 раз
ОПК-6, ПК-7	75. КАКАЯ СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВН ПРИ ПНЕВМОНИЯХ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ? 1) 21 день 2) 28 дней 3) 32 дня 4) 40 дней 5) 35 дней
ПК-6, ПК-10	76. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ВОСКРЕСЕНСКОГО, КОХЕРА, РОВЗИНГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ В ПОЛЬЗУ 1) острого пиелонефрита 2) острого панкреатита 3) острого аппендицита 4) перфорации язвы желудка 5) острый холецистит
ПК-1, ПК-6	77. ПРИЗНАКАМИ ИНКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ 1) желтуха 2) частые потери сознания 3) высокое содержание глюкозы в крови и моче 4) увеличение печени 5) креаторея, стеаторея
ОПК-1, ПК-9	78. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

	1) 7 дней 2) 10 дней 3) 21 день 4) 14 дней 5) 3 дня
ОПК-1, ПК-1	79. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНУ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ 1) симптомы, связанные с органическими изменениями желудка и ДПК 2) симптомы, связанные с органическими изменениями кишечника 3) диспепсия, ассоциированная с нормальным функциональным состоянием ЖКТ 4) диспепсия, связанная с функциональными нарушениями состояния ЖКТ 5) тошнота, рвота более 5-6 раз в сутки
ОПК-1, ПК-1	80. НАДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА СВЯЗАНА С 1) нарушением функции печени 2) нарушением функции сердечно-сосудистой системы 3) патологией эндокринной системы 4) повышенным образованием билирубина в организме 5) патологией желчевыводящих путей
ОПК-1, ПК-6	81. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ОСМОТИЧЕСКОЙ ДИАРЕИ 1) гастрит 2) язвенная болезнь 3) синдром мальабсорбции 4) колит 5) желчнокаменная болезнь
ОПК-1, ПК-1	82. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЛУКОВИЦЫ ДПК ЯВЛЯЕТСЯ 1) синдром дискинетической диспепсии 2) изжога 3) локализованные боли в эпигастрии, имеющие определенную связь с приемом пищи (поздние и голодные) 4) отрыжка пищей 5) запоры
ОПК-1, ПК-9	83. ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ АНТИГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ЭРАДИКАЦИИ СЛЕДУЮЩИЕ СХЕМЫ 1) вориконазол, кларитромицин, амоксициллин 2) эконазол, субцитрат висмута, метронидазол, тетрациклин 3) рабепразол, кларитромицин, метронидазол 4) флуконазол, кларитромицин, амоксициллин 5) фуразолидон, бутконазол, кларитромицин
ОПК-1, ПК-1	84. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ

	1) диарея сопровождается преобладанием секреции воды в кишечнике над её всасыванием 2) диарея вызвана сочетанным нарушением секреции в кишке и воспаления в кишке 3) диарея вызвана воспалением кишки 4) диарея вызвана нарушением моторики кишки 5) диарея вызвана снижением секреции воды в кишечнике
ОПК-1, ПК-9	85. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ПРИМЕНЯЮТ 1) стрептоцид 2) бактрим 3) инфликсимаб 4) метрогил 5) полимиксин В
ОПК-1, ПК-9	86. К АНТИДИАРЕЙНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ 1) смектит диоктаэдрический 2) мебеверин 3) пинаверия бромид 4) инфликсимаб 5) тетрациклин
ОПК-1, ПК-9	87. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ИСПОЛЬЗУЮТ 1) пеницилламин 2) неомицин 3) адеметионин 4) полидаканол 5) панкреатин
ОПК-1, ПК-6	88. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ 1) панкреатит 2) колит бактериальной или вирусной этиологии 3) гепатит 4) хронический гастрит 5) язвенная болезнь
ОПК-1, ПК-9	89. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКИНЕТИЧЕСКОЙ ДИСПЕПСИИ 1) антибиотики 2) обволакивающие средства 3) прокинетики 4) блокаторы H_2 – рецепторов
ПК-6, ПК-10	90. ПРИ НАЛИЧИИ БОЛЕЗНЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ В ВИДЕ ПОПЕРЕЧНОЙ ПОЛОСЫ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НА 6-7 СМ ВЫШЕ ПУПКА, ОТСУТСТВИИ ПУЛЬСАЦИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ФИОЛЕТОВЫХ ПЯТЕН НА ЛИЦЕИ ТУЛОВИЩЕ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

	1) острый аппендицит 2) перфорацию язвы желудка 3) острый панкреатит 4) острый холецистит 5) воспаление дивертикула Меккеля
ПК-1, ПК-6	91. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ 1) диарея сопровождается преобладанием секреции воды в кишечнике над её всасыванием 2) диарея вызвана сочетанным нарушением секреции в кишке и воспаления в кишке 3) диарея вызвана воспалением кишки 4) диарея вызвана нарушением моторики кишки 5) диарея вызвана снижением секреции воды в кишечнике
ОПК-1, ПК-1	92. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗЖОГИ 1) боль в эпигастрии 2) боль или жжение в нижней трети грудины нередко после еды 3) боль в эпигастрии с иррадиацией в левую руку 4) боль в эпигастрии с иррадиацией в правое плечо 5) боль в нижней половине живота
ПК-6, ПК-10	93. ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ 1) боль в эпигастрии 2) снижение артериального давления 3) жидкий стул, слабость 4) рвота кофейной гущей, мелена, снижение артериального давления 5) тошнота
ОПК-1, ПК-9	94. КАКИЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В 1) антибиотики 2) желчегонные 3) спазмолитики 4) ингибиторы АПФ 5) интерфероны
ОПК-1, ПК-1	95. КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ 1) биохимическое исследование желчи 2) внутривенная холецистография 3) ультразвуковая диагностика с завтраком яйца, сметана 4) лапароскопия 5) дуоденальное зондирование
ПК-1, ПК-6	96. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТИПИЧНА ДИСФАГИЯ

	1) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 2) склеродермия 3) рак пищевода 4) дивертикул пищевода 5) для всех указанных
ПК-1, ПК-6	97. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) боль опоясывающего характера 2) коллапс 3) высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче) 4) гипергликемия 5) стеаторея
ОПК-1, ПК-6	98. ПРИ СОЧЕТАНИИ МЕЛЕНЫ И ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ 1) кровоточащую язву ДПК 2) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода 3) тромбоз мезентериальных артерий 4) язвенный колит 5) геморрагический диатез
ОПК-1, ПК-1	99. КАКОЙ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ МОКРОТЫ С ДОСТОВЕРНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЁГКОГО? 1) лейкоциты 2) Спирали Куршмана 3) кристаллы Шарко-Лейдена 4) эластические волокна 5) эритроциты
ПК-1, ПК-6	100. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ: 1) снижение МВЛ 2) снижение ЖЕЛ 3) снижение индекса Тиффно 4) снижение показателей МОД 5) снижение всех показателей

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. 2)	11. 2)	21. 3)	31. 3)	41. 3)	51. 2)	61. 1)	71. 5)	81. 3)	91. 1)
2. 1)	12. 3)	22. 2)	32. 5)	42. 2)	52. 5)	62. 4)	72. 1)	82. 3)	92. 2)
3. 3)	13. 3)	23. 3)	33. 1)	43. 2)	53. 3)	63. 2)	73. 3)	83. 5)	93. 4)
4. 3)	14. 5)	24. 2)	34. 5)	44. 4)	54. 1)	64. 2)	74. 1)	84. 3)	94. 5)
5. 5)	15. 1)	25. 1)	35. 4)	45. 2)	55. 1)	65. 3)	75. 2)	85. 3)	95. 1)
6. 1)	16. 4)	26. 3)	36. 4)	46. 1)	56. 3)	66. 3)	76. 3)	86. 1)	96. 5)
7. 4)	17. 1)	27. 5)	37. 4)	47. 4)	57. 4)	67. 4)	77. 3)	87. 1)	97. 3)
8. 4)	18. 4)	28. 1)	38. 3)	48. 1)	58. 5)	68. 2)	78. 2)	88. 2)	98. 2)
9. 1)	19. 1)	29. 5)	39. 5)	49. 5)	59. 3)	69. 3)	79. 4)	89. 3)	99. 4)
10. 3)	20. 2)	30. 5)	40. 2)	50. 1)	60. 2)	70. 2)	80. 4)	90. 3)	100. 3)

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

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

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

Вариант V

ОПК-1, ПК-1	1. ХАРАКТЕР МОКРОТЫ, СВОЙСТВЕННОЙ БОЛЬНОМУ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: 1) гнойная 2) слизисто-гнойная 3) гнойная, «монетообразная» 4) с прожилками крови 5) вязкая, стекловидная
ОПК-1, ПК-9	2. ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ЗАБЛОКИРОВАТЬ ТОРМОЗНЫЕ ПАРАСИМПАТИЧЕСКИЕ ВЛИЯНИЯ НА СЕРДЦЕ, ВЫ НАЗНАЧИТЕ: 1) блокатор М-холинорецепторов 2) блокатор N-холинорецепторов 3) блокатор бета-адренорецепторов 4) блокатор альфа-адренорецепторов 5) агонист бета-адренорецепторов
ОПК-1, ПК-9	3. КАКОЕ СРЕДСТВО ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПЛЕВРИТОМ: 1) аугментин 2) трасилол 3) гепарин 4) преднизолон 5) хлорид кальция
ОПК-1, ПК-9	4. КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ТИПА А ДЛЯ УСИЛЕНИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ? 1) пепсидил 2) эглонил 3) солкосерил 4) эуфиллин 5) плантаглюцид
ОПК-1, ПК-9	5. КОГДА СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ ХОЛИНОЛИТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12- ПЕРСТНОЙ КИШКИ? 1) на ночь 2) за 30 мин. до еды 3) во время приема пищи 4) через 30 мин после еды 5) через 1-2 часа после еды
ОПК-1, ПК-9	6. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ БЛОКИРУЕТ Н-2 ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ?

	1) метацин 2) димедрол 3) атропин 4) алмагель 5) фамотидин
ОПК-1, ПК-9	7. ПОД ВЛИЯНИЕМ КАКИХ СРЕДСТВ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА УВЕЛИЧИВАЕТ СЕКРЕЦИЮ СОКА И БИКАРБОНАТОВ? 1) секретина 2) молока 3) атропина 4) аскорбиновой кислоты 5) холецистокинина
ОПК-1, ПК-1	8. ОБЪЯСНИТЕ, КАКОЙ МЕХАНИЗМ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ УСИЛЕНИЯ ОДЫШКИ И ЦИАНОЗ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА НАДСАДНОГО МАЛОПРОДУКТИВНОГО КАШЛЯ: 1) Закупорка бронхов вязкой мокротой 2) Развитие бронхоспазма во время приступа кашля 3) Механизм раннего экспираторного закрытия мелких бронхов 4) Набухание слизистой бронхов во время приступа кашля 5) Повышение давления в легочной артерии
ОПК-1, ПК-1	9. НАЛИЧИЕ КАКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ? 1) снижение гематокрит 2) снижение цветового показателя 3) снижение гемоглобина 4) гипербилирубинемия
ОПК-1, ПК-1	10. КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКОЗОВ ОСНОВАНА: 1) на клинической картине заболевания 2) на анамнестических данных 3) на степени зрелости клеточного субстрата заболевания 4) на продолжительности жизни 5) на эффективности проводимой терапии 6) снижение количества лейкоцитов
ОПК-1, ПК-1	11. ПРОБА ПО НЕЧИПОРЕНКО – ЭТО 1) определение количества форменных элементов в 10 полях зрения 2) определение количества форменных элементов в 1 мл мочи 3) определение количества форменных элементов в суточной моче 4) количество форменных элементов в моче за 1 минуту 5) количество форменных элементов в утренней порции мочи
ПК-1, ПК-6	12. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ 1) олигурия 2) протеинурия 3) артериальная гипертония в сочетании с анемией

	4) повышение уровня креатинина в крови 5) гиперлиппротеинемия
ОПК-1, ПК-6	13. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПИЕЛОНЕФРИТ ИМЕЕТ 1) боли в поясничной области; 2) лейкоцитурия 3) учащенное, болезненное мочеиспускание 4) эритроцитурия 5) бактериурия
ПК-1, ПК-6	14. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА НОРМЫ АНАЛИЗА ПО НЕЧИПОРЕНКО 1) 10000 эритроцитов и 20000 лейкоцитов 2) 2000 эритроцитов и 1000 лейкоцитов 3) 200 эритроцитов и 100 лейкоцитов 4) 1000 эритроцитов и 2000 - 4000 лейкоцитов 5) 100 эритроцитов и 200 лейкоцитов
ПК-1, ПК-6	15. ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО 1) преобладание ночного диуреза над дневным 2) монотонно сниженный удельный вес мочи 3) снижение удельного веса мочи 4) повышение удельного веса мочи 5) одинаковый объем разных порций мочи
ОПК-1, ПК-1	16. РАДИОИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ 1) функциональную способность почек 2) клиренс креатинина 3) ренокортикальный индекс 4) морфологическую картину мозгового вещества 5) морфологическую картину коркового вещества
ПК-1, ПК-6	17. ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХПН ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ 1) 80-120 мл/мин 2) 50-60 мл/мин 3) 40-50 мл/мин 4) 30-40 мл/мин 5) менее 20 мл/мин
ОПК-1, ПК-9	18. ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ 1) при двустороннем стенозе почечной артерии 2) у больных хроническим пиелонефритом 3) при наличии сердечной недостаточности у больных с ХПН 4) при мочекаменной болезни 5) при злокачественном образовании почки
ОПК-1, ПК-6	19. МУЖЧИНА 40 ЛЕТ НАПРАВЛЕН К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ПРОФОСМОТРА, ПО ПОВОДУ ПОВЫШЕНИЯ АД. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: В АНАЛИЗЕ МОЧИ БЕЛОК 1,2 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ 10-15 В П/ЗР, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС 1012.

	ПРИ УЗИ ПОЧЕК ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО, МОЧЕВИНА И КРЕАТИНИН КРОВИ – НОРМАЛЬНЫЕ. В АНАМНЕЗЕ – БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО 1) гипертоническая болезнь 2) хронический пиелонефрит 3) хронический гломерулонефрит 4) подагрическая нефропатия 5) вторичный амилоидоз почек
ПК-1, ПК-6	20. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ РЕДКО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ НАСТУПАЮТ 1) 1 раз в 15 лет 2) 2 раза в год 3) 3 раза в год 4) 1-2 раза в 2-3 года 5) не наступает вообще
ОПК-1, ПК-1	21. КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ 1) 40-60 мл/мин 2) 60-80 мл/мин 3) 80-120 мл/мин 4) 120-160 мл/мин 5) 160-180 мл/мин
ОПК-1, ПК-1	22. РАЗВИТИЮ ЛЮБЫХ ОСТРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК СПОСОБСТВУЮТ 1) ранее существовавшая болезнь почек 2) сердечная недостаточность 3) АГ 4) предшествующее лечение диуретиками 5) ИБС
ОПК-1, ПК-1	23. СИНДРОМ АЛЬПОРТА - ЭТО 1) наследственный нефрит с благоприятным течением 2) приобретенный нефрит с гематурией и тугоухостью 3) наследственный нефрит с тугоухостью и снижением зрения, выраженной гематурией 4) наследственный нефрит с выраженной цилиндрурией 5) верно 1, 2
ПК-6, ПК-8	24. ГЕМАТУРИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ 1) мочекаменная болезнь 2) нефроптоз 3) туберкулез почек 4) правильно 1, 3 5) кистозе почек
ОПК-1, ПК-7	25. УКАЖИТЕ ЧИСЛО СУЩЕСТВУЮЩИХ УРОВНЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВН:

	1) 2 2) 3 3) 5 4) 7 5) 1
ОПК-1, ПК-1	26. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА БЕЛОК МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ 1) приема метронидазола 2) пожилого возраста 3) распада форменных элементов при выраженной лейкоцитурии 4) преимущественно молочной диеты 5) преимущественно овощной диеты
ПК-1, ПК-6	27. ЧТО ТАКОЕ ГИПОСТЕНУРИЯ 1) увеличение частоты мочеиспускания 2) уменьшение количества мочи 3) уменьшение частоты мочеиспускания 4) снижение удельного веса мочи 5) увеличение удельного веса мочи
ОПК-1, ПК-1	28. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ С РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >300 мкмоль/л 2) скорость клубочковой фильтрации менее 15 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >600 мкмоль/л 3) скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >300 мкмоль/л 4) скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >600 мкмоль/л 5) скорость клубочковой фильтрации менее 14 мл/мин, уровень креатинина сыворотки крови >300 мкмоль/л
ОПК-1, ПК-9	29. ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ НАЗНАЧАЮТ 1) антихолинергические средства 2) диету с высоким содержанием углеводов 3) диету с большим количеством жидкости 4) диету с высоким содержанием жиров 5) антациды
ОПК-1, ПК-1	30. ОСНОВНОЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИИ ПОЧЕК 1) мочевины 2) мочевая кислота 3) креатинин крови 4) белок крови

	5) холестерин
ОПК-1, ПК-8	31. ЗА ДЕНЬ БОЛЬНОЙ П. ВЫДЕЛИЛ 800 МЛ МОЧИ, А НОЧЬЮ 1350. ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ 1) дизурия 2) поллакиурия 3) никтурия 4) полиурия 5) олигурия
ОПК-1, ПК-1	32. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УКАЗЫВАЕТ НА СТРЕПТОКОККОВУЮ ЭТИОЛОГИЮ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА 1) наличие стрептококков в моче 2) обнаружение стрептококков в крови 3) наличие стрептококков в биоптате почек 4) обнаружение стрептококков в мазке из зева 5) обнаружение антистрептолизина О
ПК-1, ПК-9	33. КАКОЙ ПРИЗНАК ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ 1) протеинурия 2) гематурия 3) лейкоцитурия 4) цилиндрурия 5) изостенурия
ПК-1, ПК-9	34. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ 1) увеличение в крови неконъюгированного билирубина 2) билирубинурия 3) увеличение активности трансаминаз 4) ретикулоцитоз 5) гипоальбуминемия
ОПК-1, ПК-7	35. КАК РАЗГРАНИЧИТЬ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПО ЕЁ ХАРАКТЕРУ: 1) стойкая, временная 2) полная, частичная 3) существенная, несущественная 4) по общему заболеванию, травме 5) верно 1, 2
ПК-1, ПК-6	36. САМАЯ ВЫСОКАЯ ПРОТЕИНУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ 1) острым гломерулонефрите 2) амилоидозе 3) нефротическом синдроме 4) хроническом гломерулонефрите 5) хроническом пиелонефрите
ОПК-1, ПК-9	37. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ БЛОКИРУЕТ H₂ – РЕЦЕПТОРЫ ГИСТАМИНА

	1) димедрол 2) метацин 3) альмагель 4) атропин 5) ранитидин
ПК-1, ПК-6	38. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА 1) стафилококк 2) клебсиелла 3) β -гемолитический стрептококк группы А 4) синегнойная палочка 5) пневмококк
ОПК-1, ПК-6	39. У БОЛЬНОЙ, 42 ЛЕТ, ЖАЛОБЫ НА ДИЗУРИЮ, СУБФЕБРИЛЬНУЮ ТЕМПЕРАТУРУ, В АНАЛИЗЕ МОЧИ ВЫЯВЛЕН БЕЛОК 0,033 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ ДО 20-30 В П/ЗРЕНИЯ, БАКТЕРИИ +++, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС 1010, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ – ДЕФОРМАЦИЯ ЧАШЕЧНО ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОБЕИХ ПОЧЕК, МОЧЕВИНА КРОВИ – 7 ММОЛЬ/Л. У БОЛЬНОЙ 1) острый пиелонефрит 2) мочекаменная болезнь 3) хронический пиелонефрит 4) вторичный амилоидоз почек 5) хронический гломерулонефрит
ОПК-1, ПК-1	40. КАКУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ИССЛЕДУЮТ В ПРОБЕ ЗИМНИЦКОГО 1) участие в обмене электролитов 2) участие в концентрации мочи 3) участие в гемопоэзе 4) участие в выработке хлоридов 5) верно 3,4
ОПК-1, ПК-7	41. КТО ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ МАТЬ НАХОДИТСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ МАСТИТА 1) никто 2) бабушка, проживающая в соседнем доме 3) любой член семьи, ухаживающий за ребенком и проживающий в этой квартире 4) соседка, согласившаяся временно ухаживать за ребенком 5) отец ребёнка
ОПК-1, ПК-6	42. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА СТОЙКОЙ ЛЕЙКОЦИТУРИИ, КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ И ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ УЗИ ДЕФОРМАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ ЛОХАНОК МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ 1) рак почки

	2) хронический пиелонефрит 3) врожденную аномалию 4) туберкулез почек 5) подагрическую нефропатию
ОПК-1, ПК-6	43. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ 1) олигоурия 2) протеинурия 3) артериальная гипертония в сочетании с анемией 4) повышение уровня креатинина в крови 5) гиперлипидемия
ОПК-1, ПК-6	44. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЕЗНЕННОСТИ В ОБЛАСТИ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВОВ С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ МОНОАРТРИТОМ КРУПНОГО СУСТАВА ОСЕВОГО СКЕЛЕТА СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ 1) болезнь Лайма 2) псориатический артрит 3) болезнь Бехтерева 4) ревматоидный артрит 5) остеохондроз пояснично-крестцового отдела
ОПК-1, ПК-9	45. ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ ОСТЕОПОРОЗА, ИХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ 1) после 35 2) в любом возрасте 3) через 5 лет после наступления менопаузы 4) после 45 лет за 3-5 лет до наступления менопаузы 5) после наступления менопаузы
ПК-1, ПК-6	46. К ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТСЯ 1) кардит 2) полиартрит 3) хорея 4) подкожные ревматические узелки 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-6	47. ПО ДАННЫМ ЭХО КГ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ 1) дилатация левого желудочка 2) дилатация левого предсердия 3) расширение корня аорты 4) верно 1, 2 5) верно 1,3
ОПК-1, ПК-1	48. В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ПРЕДПОЛОЖЕНИИ РЕШАЮЩИМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА БУДЕТ

	1) длительное повышение СОЭ 2) гипохромная анемия 3) повышение СРБ 4) выявление HLA антигенов 5) повышение активности лизосомальных ферментов
ОПК-6, ПК-7	49. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ НА СРОК 1) до 3-х дней; 2) до 7 дней по решению ВК; 3) до 10 дней; 4) правильно 1, 2 5) правильно 1, 3
ОПК-1, ПК-7	50. КАКИЕ ВРАЧИ ИМЕЮТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА? 1) государственных учреждений, имеющих лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности 2) верно 1,3,5 3) частной системы здравоохранения, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности 4) все, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности 5) муниципальных учреждений, имеющих лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
ОПК-1, ПК-9	51. ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА 1) ГКС 2) НПВС 3) препараты золота 4) цитостатики 5) делагил
ОПК-1, ПК-7	52. ПРИ ВЫДАЧЕ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА ИНОГОРОДНИМ БОЛЬНЫМ ВИЗА АДМИНИСТРАТОРА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СТАВИТСЯ: 1) в 1-й день, при выдаче больничного листа 2) на 3-й день, при продолжении больничного листа 3) на 6-й день, при выписке больного на работу 4) виза не ставиться 5) на 9-й день заболевания
ПК-9, ПК-16	53. МУЖЧИНА 64 ЛЕТ. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 3-Х ЛЕТ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ОБОИХ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ПРИ ПЕРВЫХ ДВИЖЕНИЯХ ПОСЛЕ ОТДЫХА. С ТРУДОМ ВСТАЕТ СО СТУЛА. ВЫЯВЛЕНО ОГРАНИЧЕНИЕ СГИБАНИЯ И ВНУТРЕННЕЙ РОТАЦИЕЙ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ВЫ СЧИТАЕТЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ СОВЕТОМ ДАННОМУ

	ПАЦИЕНТУ 1) санаторно-курортное лечение 2) занятие бегом трусцой 3) введение в тазобедренные суставы кеналого 4) упражнение лежа на объем движений 5) правильно 1, 3
ОПК-1, ПК-16	54. ПРИ СГОРАНИИ 1Г ЖИРА ОБРАЗУЕТСЯ 1) 1ккал 2) 5 ккал 3) 9ккал 4) 20ккал 5) 100ккал
ПК-1	55. УСПОКАИВАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ: 1) кофе 2) крепкий чай 3) кровохлебка лекарственная, кора калины, горец почечуйный 4) валериана лекарственная, вахта трехлистная, синюха голубая 5) кукурузные "рыльца", лапчатка прямостоячая
ОПК-6, ПК-7	56. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТОК ЛПУ БОЛЬНОМУ, ВПЕРВЫЕ НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И НЕ ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ? 1) днем направления больного на МСЭК 2) днем регистрации документов во МСЭК 3) днем освидетельствования в МСЭК 4) днем вынесения экспертного решения 5) днем восстановления трудоспособности
ОПК-1, ПК-6	57. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО: УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ МЕНЕЕ 30 МИНУТ, БОЛЬ МЕХАНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ; ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВА, КРЕПИТАЦИЯ; ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ – СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ, СУБХОНДРИАЛЬНЫЙ ОСТЕОСКЛЕРОЗ, ОСТЕОФИТЫ 1) ревматоидный артрит 2) подагрический артрит 3) реактивный артрит 4) деформирующий остеоартроз 5) верно 2, 4
ОПК-1, ПК-9	58. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ЛАКТУЛОЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1) запоры различной этиологии 2) печеночная энцефалопатия 3) гепатиты 4) циррозы 5) дисбактериоз кишечника

ПК-1, ПК-6	59. СИНДРОМ ДИСПЕПСИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК 1) ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), локализованное в подложечной области ближе к срединной линии 2) ощущение боли в подложечной области, изжога, отрыжка 3) ощущение боли или дискомфорта локализованное в правом подреберье, горечь во рту, выраженная слабость 4) слабость, недомогание, боли в эпигастральной области 5) верно 2, 4
ОПК-6, ПК-7	60. ЛИЦАМ, НЕ ПРИЗНАННЫМИ ИНВАЛИДАМИ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ: 1) продлевается на 15 дней 2) продлевается на 30 дней 3) продлевается с учётом тяжести заболевания 4) верно 1, 3 5) верно 2, 3
ОПК-1, ПК-6	61. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ВОСКРЕСЕНСКОГО, КОХЕРА, РОВЗИНГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ В ПОЛЬЗУ 1) острого пиелонефрита 2) острого панкреатита 3) острого аппендицита 4) перфорации язвы желудка 5) нефроптоза
ПК-1, ПК-6	62. ПРИЗНАКАМИ ИНКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ 1) желтуха 2) частые потери сознания 3) высокое содержание глюкозы в крови и моче 4) увеличение печени 5) креаторея, стеаторея
ПК-6, ПК-10	63. АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ 1) кровотечение при язвенной болезни 2) токсическая дилатация толстой кишки 3) перфорация 4) малигнизация 5) острый гепатит
ОПК-1, ПК-9	64. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ СОГЛАСНО МЛАСТРИХТ – 4: 1) 7 дней 2) 10 дней 3) 21 день 4) 14 дней

	5) 3 дня
ПК-1, ПК-6	65. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНУ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ 1) симптомы, связанные с органическими изменениями желудка и ДПК 2) симптомы, связанные с органическими изменениями кишечника 3) диспепсия, ассоциированная с нормальным функциональным состоянием ЖКТ 4) диспепсия, связанная с функциональными нарушениями состояния ЖКТ 5) тошнота, рвота
ОПК-1, ПК-1	66. НАДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА СВЯЗАНА С 1) нарушением функции печени 2) нарушением функции сердечно-сосудистой системы 3) патологией эндокринной системы 4) повышенным образованием билирубина в организме 5) патологией желчевыводящих путей
ПК-1, ПК-6	67. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ОСМОТИЧЕСКОЙ ДИАРЕИ 1) гастрит 2) язвенная болезнь 3) синдром мальабсорбции 4) колит 5) желчнокаменная болезнь
ОПК-1, ПК-1	68. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЛУКОВИЦЫ ДПК ЯВЛЯЕТСЯ 1) синдром дискинетической диспепсии 2) изжога 3) локализованные боли в эпигастрии, имеющие определенную связь с приемом пищи (поздние и голодные) 4) отрыжка пищей 5) запоры
ОПК-1, ПК-9	69. ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ АНТИГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ЭРАДИКАЦИИ СЛЕДУЮЩИЕ СХЕМЫ 1) омепразол, кларитромицин, амоксициллин 2) омепразол, субцитрат висмута, метронидазол, тетрациклин 3) рабепразол, кларитромицин, метронидазол 4) рабепразол, кларитромицин, амоксициллин 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-16	70. ПРИНЦИПОМ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1) гибкость 2) мышечная сила 3) частота занятий 4) выносливость 5) безопасность

ОПК-1, ПК-1	71. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАНЕЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ 1) локтевые 2) позвоночные 3) крестцово-подвздошные 4) проксимальные межфаланговые суставы кистей 5) коленные
ОПК-1, ПК-9	72. К СТИМУЛЯТОРАМ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ОТНОСЯТСЯ 1) домперидон 2) метоклопрамид 3) месалазин 4) верно 1, 2 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-9	73. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ПРИМЕНЯЮТ 1) сульфасалазин 2) месалазин 3) инфликсимаб 4) верно 1, 2 5) карбенициллин
ОПК-1, ПК-9	74. К АНТИДИАРЕЙНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ 1) смектит диоктаэдрический 2) мебеверин 3) пинаверия бромид 4) инфликсимаб 5) метопролол
ОПК-1, ПК-9	75. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ИСПОЛЬЗУЮТ 1) пеницилламин 2) неомицин 3) адеметионин 4) полидаканол 5) панкреатин
ОПК-1, ПК-9	76. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ 1) лоперамид 2) пэгинтерферон альфа-2а 3) рибавирин 4) верно 2, 3 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-1	77. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ

	1) панкреатит 2) колит бактериальной или вирусной этиологии 3) гепатит 4) хронический гастрит 5) язвенная болезнь
ОПК-1, ПК-9	78. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКИНЕТИЧЕСКОЙ ДИСПЕПСИИ 1) антибиотики 2) обволакивающие средства 3) прокинетики 4) блокаторы H_2 – рецепторов 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-6	79. ПРИ НАЛИЧИИ БОЛЕЗНЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ В ВИДЕ ПОПЕРЕЧНОЙ ПОЛОСЫ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НА 6-7 СМ ВЫШЕ ПУПКА, ОТСУТСТВИИ ПУЛЬСАЦИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ФИОЛЕТОВЫХ ПЯТЕН НА ЛИЦЕ И ТУЛОВИЩЕ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ 1) острый аппендицит 2) перфорацию язвы желудка 3) острый панкреатит 4) острый холецистит 5) воспаление дивертикула Мекеля
ОПК-1, ПК-1	80. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ 1) диарея сопровождается преобладанием секреции воды в кишечнике над её всасыванием 2) диарея вызвана сочетанным нарушением секреции в кишке и воспаления в кишке 3) диарея вызвана воспалением кишки 4) диарея вызвана нарушением моторики кишки 5) диарея вызвана снижением секреции воды в кишечнике
ПК-1, ПК-6	81. ПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА – ЭТО 1) желтуха связанная с патологией желчевыводящих путей 2) желтуха связанная с патологией поджелудочной железы 3) желтуха связанная с патологией печени 4) желтуха связанная с патологией СС системы 5) верно 1, 3
ПК-1, ПК-6	82. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗЖОГИ 1) боль в эпигастрии 2) боль или жжение в нижней трети грудины нередко после еды 3) боль в эпигастрии с иррадиацией в левую руку 4) боль в эпигастрии с иррадиацией в правое плечо 5) верно 2, 4
ОПК-1, ПК-1	83. ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ

	1) боль в эпигастрии 2) снижение артериального давления 3) жидкий стул, слабость 4) рвота кофейной гущей, мелена, снижение артериального давления 5) верно 2, 4
ОПК-1, ПК-9	84. КАКИЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В 1) антибиотики 2) желчегонные 3) спазмолитики 4) ингибиторы АПФ 5) интерфероны
ПК-1, ПК-8	85. КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ 1) биохимическое исследование желчи 2) внутривенная холецистография 3) ультразвуковая диагностика с завтраком яйца, сметана 4) лапароскопия 5) верно 1, 3
ПК-1, ПК-6	86. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) боль опоясывающего характера 2) коллапс 3) высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче) 4) гипергликемия 5) стеаторея
ОПК-1, ПК-6	87. ПРИ СОЧЕТАНИИ МЕЛЕНЫ И ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ 1) кровоточащую язву ДПК 2) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода 3) тромбоз мезентериальных артерий 4) язвенный колит 5) геморрагический диатез
ПК-1, ПК-6	88. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА КАКИХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЮТСЯ УЗЕЛКИ БУШАРА 1) локтевого сустава 2) коленного сустава 3) проксимальных межфаланговых суставов кисти 4) дистальных межфаланговых суставов кисти; 5) первого плюснефалангового сустава
ОПК-1, ПК-1	89. ПНЕВМОНИЕЙ СЛЕДУЕТ НАЗЫВАТЬ: 1) Воспалительные процессы в легких 2) Инфекционные воспалительные

	3) Различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в мелких бронхах и интерстиции легких 4) Различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в различных структурах легкого с обязательным поражением респираторного отдела 5) Нагноительный процесс, характеризующийся образованием расширений бронхов
ОПК-1, ПК-9	90. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СРЕДСТВ: 1) пенициллины + сульфаниламиды 2) пенициллины + тетрациклины 3) пенициллины + аминогликозиды 4) сульфаниламиды + тетрациклины 5) тетрациклины + сульфаниламиды
ОПК-1, ПК-1	91. У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ (ДО 30 ЛЕТ) БОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) повторная вирусно-бактериальная инфекция 2) воздействие промышленных аэрозолей 3) курение 4) врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей 5) верно 1 и 2
ОПК-1, ПК-1	92. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ: 1) диффузионная способность по CO_2 2) остаточный объем 3) максимальная вентиляция легких (МВЛ) 4) проба Тиффно 5) ЖЕЛ
ОПК-1, ПК-1	93. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПОРОКОВ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ? 1) стеноз устья аорты 2) сочетанный митральный 3) недостаточность аортальных клапанов 4) трикуспидальная недостаточность 5) дефект межжелудочковой перегородки
ОПК-1, ПК-1	94. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ГРИППА И ОРЗ ХАРАКТЕРНО ПРЕОБЛАДАНИЕ СИНДРОМА ИНТОКСИКАЦИИ НАД КАТАРАЛЬНЫМИ: 1) грипп средней тяжести 2) риновирусная инфекция 3) энтеровирусы 4) реовирусы

	5) РС-инфекция
ОПК-1, ПК-1	95. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН В ВЕРИФИКАЦИИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: 1) ЭКГ 2) велоэргометрия 3) ЭхоКГ 4) коронарография 5) ЧПЭС (чреспищеводная электрокардиостимуляция)
ОПК-1, ПК-6	96. ВЫЗОВ ВРАЧА НА ДОМ. ЖАЛОБЫ НА ПОВЫШЕНИЕ Т ТЕЛА 37,6С, МИГРИРУЮЩИЕ БОЛИ В КРУПНЫХ СУСТАВАХ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ПРАВОМ КОЛЕННОМ И ЛЕВОМ ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВАХ, КОЖА НАД НИМИ СЛЕГКА ГИПЕРЕМИРОВАНА, ОТЕЧНА, ТЕМПЕРАТУРА ЕЕ ПОВЫШЕНА, ДВИЖЕНИЯ В СУСТАВАХ БОЛЕЗНЕННЫ. НА КОЖЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕЯРКИЕ РОЗОВЫЕ ПЯТНА С ПРОСВЕТЛЕНИЯМИ В ЦЕНТРЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЭТО 1) инфекционно-аллергический полиартрит 2) ревматический артрит 3) болезнь Лайма 4) ревматоидный артрит 5) склеродермия
ПК-7, ПК-8	97. ОПРЕДЕЛИТЕ ОБЪЁМ РАБОТ НА САДОВОМ УЧАСТКЕ БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ИМ: А-С I ФК СТЕНОКАРДИИ Б-С II ФК СТЕНОКАРДИИ В-С III ФК СТЕНОКАРДИИ: 1) можно копать и обрабатывать землю лопатой, поднимать тяжести до 10кг 2) можно копать и обрабатывать землю лопатой, поднимать тяжести до 6-8кг 3) можно копать и обрабатывать землю лопатой, поднимать тяжести до 3-4кг 4) поднимать тяжести до 3-4 кг, уборка урожая с кустов и грядок, работа граблями 5) работа на садовом участке без ограничений 6) работа на садовом участке противопоказана
ПК-2, ПК-6	98. ДЛЯ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРЕН ОБРАТИМЫЙ ХАРАКТЕР СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ 1) хронический обструктивный бронхит 2) бронхиальная астма 3) сердечная астма 4) обструктивная эмфизема легких 5) тромбоэмболия легочной артерии
ОПК-1, ПК-9	99. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД У БОЛЬНОГО С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

	1) обзидан 2) клофелин 3) арфонад 4) гидралазин 5) нифедипин
ОПК-1, ПК-9	100. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИЗ ЧИСЛА НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ, В ЕДИНСТВЕННОМ ЧИСЛЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫЙ В КЛАССЕ АНТИАРИТМИКОВ, СЕЛЕКТИВНО БЛОКИРУЕТ МЕДЛЕННЫЙ ТОК СА В КЛЕТКУ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЗАМЕДЛЯЯ ПРОВЕДЕНИЕ В А.-В. УЗЛЕ, И ПРИ В/В ЕГО ВВЕДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ И БВСТРОГО СНИЖЕНИЯ ЧСС ПРИ МЕРЦАНИИ И ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ: 1) пропранол 2) верапамил 3) лидокаин 4) хипидин 5) нифедипин

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. 4)	11. 2)	21. 3)	31. 3)	41. 3)	51. 2)	61. 3)	71. 4)	81. 3)	91. 5)
2. 2)	12. 4)	22. 5)	32. 5)	42. 4)	52. 1)	62. 3)	72. 4)	82. 2)	92. 1)
3. 1)	13. 5)	23. 3)	33. 1)	43. 4)	53. 4)	63. 5)	73. 5)	83. 4)	93. 3)
4. 4)	14. 4)	24. 5)	34. 1)	44. 3)	54. 3)	64. 4)	74. 1)	84. 5)	94. 1)
5. 4)	15. 2)	25. 5)	35. 2)	45. 4)	55. 4)	65. 4)	75. 1)	85. 1)	95. 2)
6. 5)	16. 1)	26. 3)	36. 3)	46. 2)	56. 2)	66. 4)	76. 4)	86. 3)	96. 2)
7. 4)	17. 4)	27. 4)	37. 4)	47. 4)	57. 4)	67. 3)	77. 2)	87. 2)	97. 3)
8. 3)	18. 1)	28. 2)	38. 3)	48. 4)	58. 5)	68. 3)	78. 3)	88. 3)	98. 3)
9. 3)	19. 3)	29. 1)	39. 3)	49. 5)	59. 1)	69. 5)	79. 3)	89. 4)	99. 3)
10. 2)	20. 4)	30. 3)	40. 2)	50. 5)	60. 3)	70. 5)	80. 1)	90. 5)	100. 2)

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

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

**ТЕСТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ» С ЦЕЛЬЮ
ОСВОЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ**

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

Вариант VI

ОПК-1, ПК-6	1. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ ПОЯВИЛАСЬ МНОГОКРАТНАЯ РВОТА С ПРИМЕСЬЮ АЛОЙ КРОВИ. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ 1) кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода 2) синдром Меллори-Вейса 3) острый панкреатит 4) ЯБЖ 5) болезнь Крона
ОПК-1, ПК-1	2. ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) боль в правом подреберье 2) коллапс 3) высокий уровень амилазы (диастазы) в крови и моче 4) гипогликемия 5) диарея
ОПК-1, ПК-6	3. У ЖЕНЩИНЫ 72 ЛЕТ ВПЕРВЫЕ НА ФОНЕ ПОХУДЕНИЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПОЛГОДА НА 10 КГ ПРИ ФГС ВЫЯВЛЕНА ЯЗВА ЖЕЛУДКА И НЕБОЛЬШОЙ ОЧАГ ПОВЫШЕННОЙ ЭХОГЕННОСТИ В ПЕЧЕНИ ПРИ УЗИ. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО 1) язвенная болезнь желудка 2) с-м Меллори-Вейса 3) язва желудка с сопутствующей кистой печени 4) рак желудка с метастазами в печень 5) жировой гепатоз, язвенная болезнь желудка
ОПК-1, ПК-6	4. У БОЛЬНОГО 60 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ НА ФОНЕ ЖАЛОБ АСТЕНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА ПЕРИОДИЧЕСКИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ТЯЖЕСТЬ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ТОШНОТА. В ЭТО ВРЕМЯ НАРУШАЮТСЯ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ: АЛАТ, БИЛИРУБИН, СУЛЕМОВАЯ ПРОБА. РЕЦИДИВЫ ЧАЩЕ СВЯЗАНЫ С ПЕРЕНЕСЕННЫМИ ОРВИ. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ . 1) хронический гепатит 2) билиарный цирроз печени 3) синдром раздраженного кишечника 4) хронический миелолейкоз 5) псевдоцирроз печени
ОПК-1, ПК-1	5. ОСНОВНОЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИИ ПОЧЕК 1) мочевины 2) мочевая кислота 3) креатинин крови

	4) белок крови 5) холестерин
ПК-15, ПК-16	6. ПОВЫШЕННЫЙ РИСК ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ ДЛЯ ЖЕНЩИН 1) > 82см 2) > 90см 3) > 94см 4) > 102см 5) > 110 см
ОПК-1, ПК-6	7. СИМПТОМ МЕЙО-РОБСОНА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ 1) острый холецистит 2) перфорация язвы 12-перстной кишки 3) острый аппендицит 4) острый панкреатит 5) кишечная непроходимость
ПК-6, ПК-10	8. ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ ПРИВРАТНИКА 1) боль; 2) быстрое насыщение, рвота, съеденной накануне пищей, снижение веса 3) рвота кофейной гущей, снижение веса 4) непереваренные остатки пищи в стуле, боль, снижение веса 5) верно 2, 4
ОПК-1, ПК-6	9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛТУХИ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1) дисфункция желчных путей 2) опухоль панкреато-дуоденальной зоны 3) хронический гепатит 4) описторхоз 5) цирроз печени
ПК-7, ПК-8	10. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1) тяжесть течения болезни 2) условия труда 3) степень функциональных нарушений 4) клинический и трудовой прогноз 5) тяжесть анатомических изменений в организме
ПК-15, ПК-16	11. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СРК ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ В СЕБЯ 1) меры психосоциальной адаптации 2) диетотерапию 3) медикаментозную терапию 4) верно 2, 3 5) верно 1, 2

ОПК-1, ПК-6	12. У ЖЕНЩИНЫ 28 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ БОЛИ В МЕЛКИХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СКВ КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БУДЕТ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА 1) повышение СОЭ 2) рентгенологические признаки деструкции околосуставных тканей 3) наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови 4) наличие LE-клеток в крови 5) повышение иммуноглобулинов и СРБ
ОПК-1, ПК-6	13. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ 1) обострение хронического панкреатита 2) обострение хронического холецистита 3) почечная колика 4) инфаркт миокарда 5) печеночная колика
ОПК-1, ПК-1	14. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ 1) гастрина 2) панкреатического сока 3) холецистокинина 4) секретина 5) верно 1, 3
ПК-1, ПК-6	15. ОСНОВНЫМИ ОТЛИЧИЯМИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) локализация язвы 2) величина язвы 3) отсутствие хронического рецидивирующего течения 4) кровотечение 5) частая пенетрация
ПК-1, ПК-16	16. ВЕДУЩИМИ ФАКТОРАМИ В ЭТИОЛОГИИ ДИСКИНЕЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) психоэмоциональные 2) неврогенные 3) недостаток балластных веществ в организм 4) изменение активности эндокринных желез 5) дисбактериоз кишечника
ОПК-1, ПК-1	17. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТЮБАЖЕЙ 1) желчнокаменная болезнь 2) гипомоторная дисфункция желчевыводящих путей 3) гипермоторная дисфункция желчевыводящих путей 4) постхолецистэктомический синдром 5) заболевания печени с внутриспеченочным холестазом

ПК-15, ПК-16	18. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) натриево-гидрокарбонатные 2) натриево-хлоридные 3) натриево-сульфатно-гидрокарбонатные 4) радоновые 5) мышьяковые
ПК-6, ПК-10	19. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1) лихорадка 2) рвота 3) изжога 4) ригидность передней брюшной стенки 5) гиперперистальтика
ПК-8, ПК-9	20. БОЛЬНОМУ ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ НАЗНАЧАЮТ 1) стол № 15 2) стол № 5 3) стол № 9 4) стол № 10 5) стол № 0
ОПК-1, ПК-6	21. ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ ГУБ, ЯЗЫКА, СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1) цинги 2) синдрома Меллори-Вейса 3) геморрагического васкулита 4) синдрома Вебера-Рандю-Ослера 5) болезни Верльгофа
ОПК-1, ПК-1	22. У 80 ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЫ ВОЗНИКАЕТ ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЬ В МЕЗОГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В СОЧЕТАНИИ С РВОТОЙ И ВЗДУТИЕМ ЖИВОТА ПРИМЕРНО ЧЕРЕЗ 30 МИНУТ ПОСЛЕ ЕДЫ. ЗА ПОСЛЕДНИЕ НЕСКОЛЬКО МЕСЯЦЕВ ОНА ПОХУДЕЛА НА 6 КГ, ТАК КАК ОНА ОГРАНИЧИВАЛА ПРИЕМ ПИЩИ, ТАК КАК БОЯЛАСЬ, ЧТО ОНА БУДЕТ ПРОВОЦИРОВАТЬ БОЛИ. НАД ПРАВОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ШУМ, ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СНИЖЕНА НА ОБЕИХ КОНЕЧНОСТЯХ. АНАЛИЗ СТУЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ. ФГС, ИРРИГОСКОПИЯ, КОЛОНОСКОПИЯ НЕ ВЫЯВИЛИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ. ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ СКОРЕЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНО 1) психогенными факторами 2) новообразованием 3) воспалением

	4) ишемией 5) преходящей обструкцией
ОПК-1, ПК-8	23. МАКСИМАЛЬНУЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ, ЕСЛИ 1) проводить систематическую лекарственную терапию больных, принимающих ГКС 2) обеспечить тщательное соблюдение диеты 3) своевременно провести операцию портокавального анастомоза или спленомегалию 4) осуществлять систему мероприятий, включающих в себя психотерапию, исключение алкоголя и гепатотоксических веществ, сбалансированное питание и этиотропные воздействия 5) применять иммуномодулирующую терапию
ПК-1, ПК-8	24. НАЗОВИТЕ МИНИМУМ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 1) ЭКГ 2) исследование желудочной секреции 3) рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки 4) ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы 5) ФГС
ОПК-1, ПК-1	25. КАКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЗВОЛЯЮТ СУДИТЬ О НАЛИЧИИ ХОЛЕСТАЗА 1) гемоглобин 2) содержание лейкоцитов 3) уровень белка 4) АлАТ, АсАТ 5) билирубин, щелочная фосфатаза
ОПК-1, ПК-6	26. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ 1) циррозе печени 2) метастатическом раке печени 3) хроническом гепатите 4) холелитиазе 5) хроническом панкреатите
ПК-8, ПК-9	27. МУЖЧИНА 55 ЛЕТ СТРАДАЕТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ЧАСТЫМИ РЕЦИДИВАМИ. НА ТЕРАПИЮ Н2-ГИСТАМИНБЛОКАТОРАМИ РЕАГИРОВАЛ ПОЛОЖИТЕЛЬНО. ПОСТУПИЛ С КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВОЙ. ЗА 4 НЕДЕЛИ ТЕРАПИИ РАНИТИДИНОМ ЯЗВА ЗАРУБЦЕВАЛАСЬ. КАКОВА ДАЛЬНЕЙШАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА 1) прерывистая курсовая терапия Н2-гистаминблокаторами 2) поддерживающая терапия Н2-гистаминблокаторами 3) хирургическое лечение 4) терапия сукральфатом 5) курсовая терапия омепразолом
ПК-9, ПК-15	28. МОЖНО РАЗРЕШИТЬ ЛЕЧЕНИЕ НА ДАЛЬНИХ КУРОРТАХ

	БОЛЬНОМУ С 1) ГБ, кризовое течение 2) хронический активный гепатит 3) ИБС, стенокардия напряжения, II функциональный класс, СН 0-1 стадии 4) хронический гломерулонефрит, смешанный вариант течения 5) правильно все
ОПК-1, ПК-1	29. КАКАЯ ТЕОРИЯ ПАТОГЕНЕЗА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЕЙЧАС ВЕДУЩЕЙ 1) теория весов 2) инфекционная теория 3) аллергическая теория 4) нервно-рефлекторная теория 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-1	30. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ И ЛОКАЛИЗАЦИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖКТ 1) рентгенография 2) портоманометрия 3) гастродуоденоскопия 4) лапароскопия 5) целиакография
ПК-15, ПК-16	31. ПРИ ГИПЕРАЦИДНОМ ГАСТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) натриево-хлоридные 2) натриево-хлоридные-гидрокарбонатные 3) натриево-гидрокарбонатные 4) натриево-сульфатные-гидрокарбонатные 5) воды с высоким содержанием органических веществ
ОПК-1, ПК-6	32. БОЛЬНОЙ, 59 ЛЕТ, ЗАБОЛЕЛ ВПЕРВЫЕ ДВОЕ СУТОК НАЗАД ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ. ПОЯВИЛАСЬ ОДЫШКА, ПОСТОЯННЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТА, ДВАЖДЫ РВОТА. ОБЪЕКТИВНО: КОЖА БЛЕДНАЯ, ВЫРАЖЕНА ПОТЛИВОСТЬ. ЯЗЫК ОБЛОЖЕН БЕЛЫМ НАЛЕТОМ. ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, АРИТМИЧНЫ (5-6 ЭКСТРАСИСТОЛ В МИНУТУ). ЧСС – 92 В МИНУТУ. АД 150/90 ММ РТ.СТ. ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ БЕЗ ПАТОЛОГИИ. ЧДД 24 В МИНУТУ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ВО ВСЕХ ОТДЕЛАХ. СТУЛ БЫЛ ОДИН РАЗ УТРОМ, ОФОРМЛЕННЫЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1) отравление суррогатами алкоголя 2) пищевая токсикоинфекция 3) обострение хронического гастрита 4) абдоминальный вариант инфаркта миокарда 5) НЦД с синдромом желудочной диспепсии
ОПК-1, ПК-1	33. ИЗ КАКОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО СОЕДИНЕНИЯ

	СИНТЕЗИРУЮТСЯ ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ 1) фосфолипиды 2) холестерин 3) арахидоновая кислота 4) этиленгликоль 5) ксилит
ПК-1, ПК-6	34. ОПИСАНИЕ БОЛИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ: 1) резкого начала 2) диффузно распределяется в эпигастрии 3) постоянный характер болей 4) иррадирует в спину 5) не сопровождается тошнотой и рвотой
ОПК-1, ПК-1	35. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ МОТОРНОЙ ДИАРЕИ 1) сальмонеллез 2) синдром мальабсорбции 3) болезнь Крона 4) синдром раздраженного кишечника 5) гепатит
ПК-8 ПК-9	36. ТАКТИКА ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДИАРЕИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ 1) наблюдение на дому 2) госпитализация в плановом порядке 3) срочно провести анализ кала на дизгруппу 4) во время посещения больного на дому забрать анализ кала на дизгруппу, экстренная госпитализация, извещение в ЦСЭН 5) верно 1, 2
ПК-15, ПК-9	37. К ПРИНЦИПАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ОТНОСЯТ 1) нормализацию психологического статуса 2) физические тренировки 3) употребление пищи, богатой волокнами 4) нормализацию режима и рациона питания 5) верно 1, 4
ОПК-1, ПК-1	38. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ОТНОСЯТ 1) несбалансированность рациона 2) органическую обструкцию просвета кишки 3) аномалии развития и положения толстой кишки 4) психогенные факторы 5) верно 1, 2
ОПК-1, ПК-1	39. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ В НОРМЕ ЧАСТОТА СТУЛА 1) 1-2 раза в неделю 2) от 3 раз в день до 3 раз в неделю

	3) в среднем 1 раз в день 4) от 5 раз в день до 2 раз в неделю 5) верно 2, 3
ОПК-1, ПК-1	40. У ЖЕНЩИНЫ 28 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ БОЛИ В МЕЛКИХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СКВ КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БУДЕТ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА 1) повышение СОЭ 2) рентгенологические признаки деструкции околосуставных тканей 3) наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови 4) наличие LE-клеток в крови 5) повышение иммуноглобулинов и СРБ
ОПК-1, ПК-1	41. КАКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ ВЫРАЖЕННОСТЬ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА 1) билирубин 2) амилаза 3) АлАТ, АсАТ 4) альбумин 5) холестерин
ОПК-1, ПК-1	42. ХОЛЕСТАЗ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПО СЛЕДУЮЩИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ДАННЫМ 1) увеличение щелочной фосфатазы в 4 раза 2) увеличение АлАТ в два раза 3) увеличение сывороточного билирубина в 2 раза 4) снижение гемоглобина 5) верно 1, 2, 3
ОПК-1, ПК-6	43. ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МЕЖДОЛЬКОВЫХ И СЕПТАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ИММУННОЙ ПРИРОДЫ, ПРИ КОТОРОМ ПОСТЕПЕННО РАЗРУШАЮТСЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ, ЧТО ВЕДЕТ К ПЕРСИСТИРУЮЩЕМУ ХОЛЕСТАЗУ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ - ЭТО 1) вирусный гепатит 2) с-м Жильбера 3) стеатоз печени 4) первичный билиарный цирроз 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-1	44. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА 1) ректороманоскопия 2) бактериологическое исследование кала 3) ирригоскопия 4) колоноскопия 5) биохимический анализ крови: белок, трансаминазы, фибрин

ОПК-1, ПК-6	45. СТЕАТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ 1) увеличением количества свободных жирных кислот, поступающих в печень 2) избыточным синтезом свободных жирных кислот 3) снижением синтеза или секреции ЛПОНП 4) верно 1, 2 5) злоупотребления алкоголем
ОПК-1, ПК-9	46. НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ К КОЛОНОСКОПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1) бисакодил 2) препараты сенны 3) фортранс 4) верно 1, 2 5) клизмы 3-4 раза
ОПК-6, ПК-7	47. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКУЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА 1) 25-35 дней 2) 40-50 дней 3) 14-20 дней 4) 8-12 дней 5) 55-65 дней
ОПК-1, ПК-6	48. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА 1) ревматоидный артрит 2) псориатический артрит 3) подагра 4) остеоартроз 5) остеопороз
ПК-1, ПК-10	49. ОСТРЫЕ «КИНЖАЛЬНЫЕ» БОЛИ В ЖИВОТЕ, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА, НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ 1) пенетрацию язвы 2) перфорацию язвы 3) кровотечение из язвы 4) малигнизацию язвы 5) острый аппендицит
ОПК-1, ПК-6	50. У ПАЦИЕНТА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ С-М ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА, С-М КУРВУАЗЬЕ, ФРЕНИКУС С-М. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАДО ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ 1) язва желудка 2) острый панкреатит 3) острый аппендицит 4) почечная колика

	5) острый холецистит
ОПК-6, ПК-7	51. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 1) 20-26 дней 2) 26-32 дня 3) 48-55 дней 4) 8-12 дня 5) 50-60 дней
ПК-1, ПК-6	52. КАКОЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ СКВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ 1) артрит (синовит) 2) кожная эритема 3) кардит 4) васкулит 5) неврит
ОПК-1, ПК-1	53. ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РАЗВИТИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) ХОБЛ 2) сахарный диабет 3) хроническая сердечная недостаточность 4) алкоголизм 5) верно 1, 2
ПК-8, ПК-9	54. БОЛЬНОМУ В., 35 ЛЕТ, ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТРИЦАЕТ, ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ. НАЗНАЧЕН АМОКСИЦИЛЛИН. ЧЕРЕЗ 72 ЧАСА СОХРАНЯЕТСЯ ЛИХОРАДКА, ИНТОКСИКАЦИЯ, В ОАК УВЕЛИЧИЛОСЬ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ. ВАША ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА 1) продолжить ранее назначенную антибактериальную терапию 2) заменить/добавить макролидный антибиотик 3) увеличить дозу амоксициллина 4) заменить/добавить гентамицин 5) добавить метронидазол
ПК-8, ПК-9	55. БОЛЬНОЙ П., 43 ЛЕТ НАХОДИЛСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГКБ №6 С ДИАГНОЗОМ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ НИЖНЕДОЛЕВАЯ ПНЕВМОНИЯ. ВЫПИСАН НА АМБУЛАТОРНОЕ ДОЛЕЧИВАНИЕ. ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПРИНИМАЕТ. ОБ-НО: Т ТЕЛА 37,2С, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ СУХИЕ ХРИПЫ В НИЖНЕЙ ДОЛЕ СПРАВА. В ОАК УСКОРЕННОЕ СОЭ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ 1) назначить антибиотик после антибиотикограммы 2) назначить муколитики 3) продолжить наблюдение

	4) назначить 1, 2 5) верно 2, 3
ОПК-1, ПК-9	56. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА У БОЛЬНОГО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 42 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 1) амоксициллин или макролиды внутрь 2) респираторный фторхинолон 3) доксицилин внутрь 4) цефуроксим аксетил внутрь 5) верно 1, 3
ОПК-6, ПК-7	57. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОРВИ: 1) 14-21 день 2) 15-16 дней 3) 4-8 дней 4) 8-10 дней 5) 2-3 дня
ПК-1, ПК-6	58. У БОЛЬНОГО П., ДИАГНОСТИРОВАНА ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ НИЖНЕДОЛЕВАЯ ПНЕВМОНИЯ. В АНАМНЕЗЕ ХОБЛ, КУРЕНИЕ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ У ДАННОГО БОЛЬНОГО 1) S. aureus, анаэробы 2) S. pneumoniae H. influenzae, Legionella 3) P. aeruginosa, B. cepacia 4) S. pneumoniae, M. pneumoniae, C. pneumonia 5) Legionella
ОПК-1, ПК-6	59. ПОВЫШЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ ЛЕГКИХ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ, РАСШИРЕНИЕ МЕЖРЕБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ, УПЛОЩЕНИЕ КУПОЛА ДИАФРАГМЫ СЧИТАЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ 1) спонтанного пневмоторакса 2) легочного кровотечения 3) внебольничной пневмонии 4) эмфиземы 5) кавернозного туберкулеза
ОПК-1, ПК-1	60. ПЕРКУТОРНО ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ 1) притупление перкуторного звука 2) ясный легочный звук 3) коробочный перкуторный звук 4) перкуторный звук 5) бронхиальное дыхание
ПК-1, ПК-6	61. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) абсцедирование 2) острая почечная недостаточность

	3) отек легких 4) ателектаз 5) пневмоторакс
ПК-15, ПК-16	62. КАКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОКАЗАНЫ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) лечебная физкультура 2) дыхательная гимнастика 3) курс поливитаминов 4) прогулки на свежем воздухе 5) верно 1, 2, 3
ОПК-6, ПК-7	63.ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ С ЛЕГКИМ ТЕЧЕНИЕМ: 1) 12-14 дней 2) 7-9 дней 3) 16-20 дней 4) 21-27 дней 5) 34-39 дней
ОПК-1, ПК-1	64. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ 1) над грудиной 2) в эпигастральной области 3) в нижних отделах со стороны спины и в подмышечной области 4) над верхушками легких 5) по всем полям одинаково
ПК-1, ПК-6	65. ТУБЕРКУЛЕМА ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В: 1) сегментах S3, S7 и S9 2) сегментах S1, S2 и S6 3) сегментах S3, S7 и S11 4) сегментах S1, S2 и S9 5) сегментах S2, S8 и S11
ОПК-1, ПК-1	66. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ: 1) возникновение новых симптомов (цианоз, периферические отеки) 2) отсутствие положительной динамики 3) выраженное усиление симптомов (например внезапное появление одышки покое) 4) исходно тяжелое течение ХОБЛ 5) верно 1, 3
ПК-1, ПК-6	67. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРАВОМОЧНО ГОВОРИТЬ О НЕРАЗРЕШАЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОНИИ 1) к концу 4-ой недели от начала заболевания при сохранении интоксикационного синдрома

	2) к концу 4-ой недели от начала заболевания без полного рентгенологического разрешения очагово-инфильтративных изменений в легких 3) к концу 2-ой недели от начала заболевания без полного рентгенологического разрешения очагово-инфильтративных изменений в легких 4) к концу 2-ой недели от начала заболевания при сохранении интоксикационного синдрома 5) верно 2,3
ОПК-1, ПК-9	68. К АМИНОГЛИКОЗИДАМ ОТНОСИТСЯ 1) рифампицин 2) доксацилин 3) офлоксацин 4) гентамицин 5) метронидазол
ПК-8, ПК-9	69. ТАКТИКА УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА, ЕСЛИ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧЕРЕЗ 72 ЧАСА, СОХРАНЯЕТСЯ ИНТОКСИКАЦИЯ, ЛИХОРАДКА, ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ. ПРИНИМАЕТ АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛОНАТ. 1) продолжить терапию в течение суток без изменения препарата, дозы 2) продолжить терапию с увеличением дозы препарата 3) заменить/добавить макролидный антибиотик 4) заменить/добавить метронидазол 5) заменить/добавить природный пенициллин
ОПК-1, ПК-9	70. К ИНГИБИТОРАМ АПФ, ТРЕБУЮЩИМ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА В СУТКИ. ОТНОСЯТ 1) периндоприл 2) эналаприл 3) каптоприл 4) рамиприл 5) верно 1 и 4
ПК-8, ПК-9	71. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА СЧИТАЮТСЯ 1) сердечные гликозиды 2) β – адреноблокаторы 3) нитраты 4) симпатомиметики 5) антибиотики
ПК-1, ПК-9	72. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО СНИЖАЮТ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 1) сердечные гликозиды 2) диуретики

	3) ингибиторы АПФ 4) нитраты 5) верно 2, 3
ПК-1, ПК-6	73. В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ПРЕДПОЛОЖЕНИИ РЕШАЮЩИМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА БУДЕТ 1) длительное повышение СОЭ 2) гипохромная анемия 3) повышение СРБ 4) выявление HLA антигенов 5) повышение активности лизосомальных ферментов
ОПК-1, ПК-6	74. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОСЛОЖНЯЕТСЯ 1) хронической сердечной недостаточностью 2) коронарной недостаточностью 3) нарушением мозгового кровообращения 4) нарушением функции почек 5) язвенной болезнью желудка
ОПК-1, ПК-1	75. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 1) перкуссия 2) ЭКГ 3) ЭхоКГ 4) рентгенологическое исследование 5) верно 1, 2
ОПК-1, ПК-1	76. СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 1) чем выше АД, тем она выше 2) чем выше АД, тем она ниже 3) не зависит от уровня АД 4) чем ниже АД, тем она выше 5) чем ниже АД, тем она ниже
ПК-1, ПК-6	77. ПРИ АНАЛИЗЕ ДАННЫХ СПИРОМЕТРИИ ПОЛУЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ: ИНДЕКС ТИФНО-54%, ОФВ1-57%. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. 1) бронхиальная астма; 2) ХОБЛ легкой степени; 3) ХОБЛ средней степени; 4) ХОБЛ тяжелой степени; 5) ХОБЛ крайне тяжелой степени
ОПК-1, ПК-9	78. К β -БЛОКАТОРАМ, ИМЕЮЩИМ ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА, ОТНОСЯТСЯ 1) атенолол 2) карведилол

	3) пропранолол 4) надолол 5) метопролол
ОПК-1, ПК-9	79. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ 1) покраснение лица 2) сердцебиение 3) сухой кашель 4) кожная сыпь
ОПК-1, ПК-6	80. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ГРИППА И ОРЗ ХАРАКТЕРНО ПРЕОБЛАДАНИЕ СИНДРОМА ИНТОКСИКАЦИИ НАД КАТАРАЛЬНЫМ: 1) грипп средней тяжести 2) риновирусная инфекция 3) энтеровирусы 4) реовирусы 5) ретровирусы
ОПК-1, ПК-6	81. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ПРИ: 1) гриппе 2) парагриппе 3) риновирусной инфекции 4) микоплазме 5) токсоплазме
ПК-1, ПК-6	82. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ (ПОСТОЯННЫЙ) ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ: 1) притупление 2) бронхальное дыхание в местах притупления 3) лихорадка 4) влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы 5) ослабление дыхания
ПК-1, ПК-6	83. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ХБ, ПРОТЕКАЮЩИЙ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МЕЛКИХ БРОНХОВ – ЭТО: 1) сильный надсадный сухой кашель 2) кашель с мокротой 3) одышка 4) притупление 5) лихорадка
ОПК-1, ПК-9	84. КАКИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БА: 1) антибиотики 2) глюкокортикоиды 3) кромогликат натрия 4) теофиллин 5) верно 1, 2
ОПК-1, ПК-1	85. ДЛЯ РАССТРОЙСТВА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

	ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ: 1) кардиологический 2) аритмический 3) стенокардический 4) вегетативно-сосудистой дистонии 5) застойной сердечной недостаточности
ОПК-1, ПК-1	86. ГИПЕРТРОФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) восстановление ткани взамен утраченной 2) замещение соединительной 3) увеличение объема ткани, клеток, органов 4) уменьшение объема ткани, клеток, органов 5) переход от одного вида ткани к другой
ОПК-1, ПК-1	87. ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) уменьшение вольтажа всех зубцов 2) подъем сегмента ST 3) депрессия ST более чем на 2 мм 4) появление отрицательных зубцов 5) тахикардия
ОПК-1, ПК-1	88. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО МАГНИЯ СОДЕРЖИТСЯ В 100Г 1) картофеля 2) свеклы 3) вишни 4) морской капусты 5) хека
ОПК-1, ПК-8	89. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО У БОЛЬНОГО ИНФАРКТМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ЭРОЗИЙ, ЯЗВ И КРОВОТЕЧЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: 1) стрессовая ситуация, сопровождающая инфаркт миокарда 2) проведенная нейролептанальгезия 3) обострение хронического гастрита 4) нарушения кровоснабжения слизистой желудка или кишечника с некрозом и аррозией сосудов 5) проведенная антибиотикотерапия
ОПК-1, ПК-1	90. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА 1) легкая форма 2) среднетяжелая форма 3) тяжелое течение 4) молниеносная форма 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-1	91. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ: 1) никотин обладает канцерогенными свойствами 2) никотин вызывает склонность к кровоточивости

	3) никотин относится к тромбообразующим факторам 4) верно 1) и 2) 5) все утверждения верны
ОПК-1, ПК-1	92. ИЗ 5 ПАЦИЕНТОВ, ОПИСАНИЕ ЭКГ КОТОРЫХ ПРИВОДИТСЯ НИЖЕ, У 4-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СЕРДЕЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ, А У 1-ОРГАНИЧЕСКАЯ. УКАЖИТЕ ЭКГ ПАЦИЕНТА С ОПРЕДЕЛЁННО СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: 1) слабоотрицательные Т в правых грудных отделах 2) синусовая аритмия 3) экстрасистолическая аритмия 4) комплекс QS в отведениях V3-V5 5) синдром ранней реполяризации
ПК-6, ПК-9	93. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АНАПРИЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) острый инфаркт миокарда 2) язвенная болезнь желудка 3) бронхиальная астма 4) выраженная застойная сердечная недостаточность 5) ХПН
ПК-15, ПК-16	94. ВЫБЕРИТЕ КРИТЕРИИ ТЕРРЕНКУРА: 1) дозированная ходьба 2) дозированная ходьба с восхождением под углом 5° 3) дозированная ходьба с восхождением под углом 15° 4) лёгкий бег 5) быстрая ходьба в течение 30 мин
ПК-6, ПК-9	95. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АНАПРИЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ 1) ИМ 2) глаукома 3) бронхиальная астма 4) застойная сердечная недостаточность I ФК 5) верно 1, 3
ПК-8, ПК-9	96. КАКУЮ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНОМУ С АГ, У КОТОРОГО СОПУТСТВУЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ 1) ингибиторы АПФ – рамиприл, каптозид 2) антагонисты кальция – коринфар –ретард, норваск 3) неселективные β – блокаторы – обзидан, анаприлин 4) диуретики – гипотиазид, арифон 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-6	97. БОЛЬНАЯ, 58 ЛЕТ. ПОСЛЕ ИНТЕНСИВНОЙ РАБОТЫ НА САДОВОМ УЧАСТКЕ ПОЧУВСТВОВАЛА СИЛЬНЫЕ ДАВЯЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ. ЛОМЯЩИЕ БОЛИ В ЛЕВОЙ РУКЕ, НЕХВАТКУ ВОЗДУХА, СЛАБОСТЬ, ПОТЛИВОСТЬ. ДВАЖДЫ ПРИНЯЛА НИТРОГЛИЦЕРИН – СОСТОЯНИЕ НЕ УЛУЧШИЛОСЬ.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. 2)	11. 5)	21. 4)	31. 3)	41. 3)	51. 1)	61. 1)	71. 2)	81. 1)	91. 3)
2. 3)	12. 4)	22. 4)	32. 1)	42. 5)	52. 4)	62. 5)	72. 5)	82. 1)	92. 4)
3. 4)	13. 4)	23. 4)	33. 2)	43. 4)	53. 5)	63. 1)	73. 1)	83. 3)	93. 4)
4. 1)	14. 3)	24. 5)	34. 5)	44. 4)	54. 2)	64. 3)	74. 1)	84. 2)	94. 3)
5. 3)	15. 3)	25. 5)	35. 4)	45. 5)	55. 3)	65. 2)	75. 3)	85. 1)	95. 3)
6. 1)	16. 5)	26. 1)	36. 4)	46. 3)	56. 1)	66. 5)	76. 2)	86. 3)	96. 3)
7. 4)	17. 2)	27. 2)	37. 5)	47. 3)	57. 3)	67. 2)	77. 3)	87. 3)	97. 3)
8. 2)	18. 2)	28. 3)	38. 5)	48. 4)	58. 2)	68. 4)	78. 2)	88. 4)	98. 3)
9. 2)	19. 4)	29. 2)	39. 5)	49. 2)	59. 4)	69. 3)	79. 3)	89. 4)	99. 1)
10. 3)	20. 5)	30. 3)	40. 4)	50. 5)	60. 1)	70. 5)	80. 1)	90. 2)	100. 2)

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

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

**ТЕСТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ» С ЦЕЛЬЮ
ОСВОЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ**

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

Вариант VII

ОПК-1, ПК-8	1. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТАРЧЕСКОГО СЕРДЦА 1) уплотнение аорты 2) снижение сократительной способности миокарда 3) снижение сердечного выброса 4) утолщение базальной мембраны капилляров и уменьшение их количества 5) тахикардия
ОПК-1, ПК-7	2. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ 1) 7-14 дней 2) 3-7 дней 3) 14-21 день 4) 25-40 дней
ОПК-1, ПК-7	3. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) 45-60 дней; 2) 60-75 дней; 3) 65-80 дней; 4) 30-40 дней; 5) до 120 дней
ОПК-1, ПК-8	4. У БОЛЬНОГО 38 ЛЕТ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПРИЕМЕ ВОЗНИКЛИ РЕЗКИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ. НА ЭКГ – ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ИМ. ВАША ТАКТИКА 1) экстренно госпитализировать в кардиологическое отделение 2) купировать болевой синдром и экстренно госпитализировать 3) дообследовать больного (анализ крови, холестерин) и госпитализировать 4) купировать болевой синдром и продолжить лечение 5) госпитализировать в дневной стационар поликлиники экстренно
ОПК-1, ПК-6	5. БОЛЬНАЯ, 59 ЛЕТ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПО ПОВОДУ ГБ. УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИЕМА ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ: РАСПИРАЮЩАЯ БОЛЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ТОШНОТА. ДВА ЧАСА НАЗАД ПОЯВИЛАСЬ РВОТА, СУДОРОГИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, КРАТКОВРЕМЕННАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ. ПРИ ОСМОТРЕ – СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, ЗАТОРМОЖЕНА, ЛИЦО БЛЕДНОЕ, ПАСТОЗНОЕ, ТОНЫ ГЛУХИЕ, РИТМИЧНЫЕ, ЧСС – 66 В МИНУТУ, АД 240/130 ММ РТ.СТ., ЧДД – 22 В МИНУТУ. ГИПЕРТОНУС МЫШЦ ШЕИ, ГОЛЕНЕЙ, СИМПТОМ КЕРНИГА – 120 О. ОЧАГОВОЙ СИМПТОМАТИКИ НЕТ. ВАШ ДИАГНОЗ 1) мигрень 2) инсульт 3) гипертонический криз 4) гипертоническая энцефалопатия на фоне криза

ОПК-1, ПК-6	6. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ЛИХОРАДКОЙ, ХАРАКТЕРЕН ЦВЕТ КОЖИ «КОФЕ С МОЛОКОМ» 1) СКВ 2) неоплазма 3) инфекционный эндокардит 4) нефрит с ХПН 5) корь
ОПК-1, ПК-6	7. КАКОЙ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ АД СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ 166/94 ММ РТ. СТ. 1) 1 степень 2) 2 степень 3) 3 степень
ОПК-1, ПК-9	8. ПОКАЗАНИЕ (ПОКАЗАНИЯ) ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ В – БЛОКАТОРОВ ПРИ СН 1) дилатационная кардиомиопатия 2) постинфарктный кардиосклероз 3) ГБ 4) инфаркт миокарда 5) кардиосклероз
ОПК-1, ПК-8	9. НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, БЫСТРУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ОДЫШКУ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ К ВЕЧЕРУ ОТЕКИ НА ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОП. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. В АНАМНЕЗЕ В 14 ЛЕТ ПЕРВАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ АТАКА, ПРОТЕКАЮЩАЯ С ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ЭНДОКАРДИТОМ. ВАША ТАКТИКА 1) наблюдение в динамике 2) направление на консультацию к ревматологу 3) направление на консультацию к кардиохирургу 4) назначение антибиотиков и фуросемида 5) направление на УЗИ сердца с доплерографией
ОПК-1, ПК-6	10. У ПАЦИЕНТА 68 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА НЕПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ ПО УТРАМ, ОДЫШКУ ПРИ НАГРУЗКЕ, ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА, БЫСТРУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ (ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ БРОНХОДИЛЯТОРА) ФЖЕЛ-92%, ОФВ1-45%, ОФВ1/ФЖЕЛ-56%. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ 1) бронхиальная астма 2) ХОБЛ легкой степени 3) ХОБЛ тяжелой степени 4) хронический бронхит ст.обострения 5) аллергический альвеолит
ОПК-1, ПК-1	11. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ ИСПОЛЬЗУЮТ 1) постбронходилатационное соотношение ОФВ1/ЖЕЛ 2) постбронходилатационное соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ 3) пребронходилатационное соотношение ОФВ1/ЖЕЛ 4) пребронходилатационное соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ 5) постбронходилатационное значение ОФВ1

ОПК-1, ПК-6	12. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДЛИТЕЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ 1) общий атеросклероз сосудов 2) нарушения углеводного обмена 3) амилоидоз 4) микоз 5) порфирия
ОПК-1, ПК-9	13. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГКС ОТНОСЯТСЯ 1) беклометазона дипропионат, будесонид, формотерол 2) флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид 3) флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид, тиотропиум, сальметерол 4) флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид, тиотропиум 5) сальбутамол
ОПК-1, ПК-6	14. ПАЦИЕНТ 67 ЛЕТ ЖАЛОБЫ НА ОДЫШКУ ПРИ УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА МОКРОТЫ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА. В АНАМНЕЗЕ ОДЫШКА ПОЯВИЛАСЬ 5 ЛЕТ НАЗАД, ПОСТЕПЕННО НА МЕНЕЕ ИНТЕНСИВНУЮ НАГРУЗКУ. КУРИТ В ТЕЧЕНИЕ 45 ЛЕТ ПО 1 ПАЧКЕ В ДЕНЬ. ПРИ ОСМОТРЕ: Т ТЕЛА 35,6С, НОГТИ В ВИДЕ «ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ», ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ МУСКУЛАТУРА УЧАСТВУЕТ В АКТЕ ДЫХАНИЯ, ЧДД – 22 В МИНУТУ, ПРИ ПЕРКУССИИ КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЖЕСТКОЕ ДЫХАНИЕ, ЧСС 96 В МИНУТУ, АД 130/80 ММ РТ.СТ.ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ (ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ БРОНХОДИЛАТАТОРОВ): ФЖЕЛ – 94%, ОФВ1 – 28%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 56%. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ 1) бронхиальная астма 2) туберкулез легких 3) ХОБЛ тяжелой степени 4) ХОБЛ крайне тяжелой степени 5) ХОБЛ среднетяжелой степени
ОПК-1, ПК-1	15. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ 1) одышка чаще инспираторная, кашель нередко сопутствует одышке, мокрота розовая, пенистая 2) одышка чаще экспираторная, кашель появляется в конце приступа, мокрота стекловидная, во время приступа рассеянные сухие хрипы 3) одышка чаще инспираторная, кашель появляется в конце приступа, мокрота стекловидная, влажные мелкопузырчатые хрипы 4) одышка чаще экспираторная, кашель нередко сопутствует одышке, мокрота розовая, пенистая 5) верно 1, 2
ОПК-1, ПК-1	16. ОРТОПНОЭ – ЭТО ОДЫШКА, КОТОРАЯ 1) возникает в положении лежа и уменьшается в положении сидя 2) возникает в положении лежа и не уменьшается в положении сидя 3) возникает в положении сидя и уменьшается в положении лежа 4) возникает в горизонтальном положении, уменьшается лежа 5) возникает в не зависимости от положения тела
ОПК-1, ПК-9	17. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПОБОЧНЫМ

	ДЕЙСТВИЯМ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА ОТНОСЯТСЯ 1) диарея, изменение функциональных проб печени (иногда токсический гепатит), головная боль, головокружение 2) ulcerогенное действие на ЖКТ, желудочно-кишечные кровотечения и другие геморрагические проявления 3) головная боль, головокружение, нарушение вкуса, парестезии, лихорадка, серозит 4) сухость во рту, запор, кашель и местное раздражение слизистых оболочек, тахикардия, затрудненное мочеиспускание; 5) сонливость, мышечная слабость, нарушение памяти
ОПК-1	18. НАРАСТАНИЕ ОДЫШКИ ПРИ РАЗВИТИИ ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ В ТЕЧЕНИЕ 1) нескольких минут 2) нескольких часов 3) нескольких суток или недель 4) нескольких месяцев или лет 5) несколько лет
ОПК-1, ПК-9	19. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ТЕОФИЛЛИНА ЯВЛЯЮТСЯ 1) инфаркт миокарда, тахикардии, гипертиреоз 2) закрытоугольная глаукома, нарушение функции печени 3) нарушение функции почек, период роста 4) онкологическая патология с низким уровнем костного обмена, остеопороз 5) язвенная болезнь
ОПК-1, ПК-9	20. УКАЖИТЕ КРИТЕРИИ ДОСТАТОЧНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) Т тела <37,5С 2) отсутствие интоксикации 3) отсутствие дыхательной недостаточности 4) количество лейкоцитов <10 109/л 5) снижение соэ
ПК-1, ПК-2	21. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1) I 2) II 3) III 4) 0 5) IV
ПК-1, ПК-2	22. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА 1) 2-3 раза 2) 1-2 раза 3) 5-6 раз 4) по необходимости 5) 3-4 раза
ОПК-1, ПК-2	23. КАКИЕ ВИДЫ ТРУДА И УСЛОВИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

	1) виды трудовой деятельности, внезапное прекращение которых в связи с приступом удушья может нанести вред больному и окружающим 2) работа с детьми 3) работа на компьютерах 4) работа в саду 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-1	24. КАКОЙ ПРИБОР НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ БОЛЬНОМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ 1) спирограф 2) пневмотахограф 3) пикфлоуметр 4) анализатор газового состава крови 5) стетофонедоскоп
ПК-1, ПК-6	25. ПРИ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШЕЙ ОДЫШКЕ, БОЛЯХ В ГРУДИ, ТАХИКАРДИИ, КРОВОХАРКАНЬЕ, ШУМЕ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ, ЦИАНОЗЕ У БОЛЬНОГО С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ 1) астматический статус 2) очаговый туберкулез легких 3) аспирационную пневмонию 4) ТЭЛА 5) спонтанный пневмоторакс
ПК-9	26. К БЛОКАТОРАМ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ОТНОСЯТ 1) акривастин 2) гидроксизин 3) фексофенадин 4) эбастин 5) зафирлукаст
ОПК-1, ПК-9	27. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА ОТНОСЯТСЯ 1) диарея, изменение функциональных проб печени (иногда токсический гепатит), головная боль, головокружение 2) ulcerогенное действие на ЖКТ, желудочно-кишечные кровотечения и другие геморрагические проявления 3) тремор, беспокойство, сухость или раздражение в полости рта, тахикардия 4) запор, кашель, тахикардия, затрудненное мочеиспускание 5) сонливость, мышечная слабость, нарушение памяти
ОПК-1, ПК-7	28. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 1) 45-60 дней 2) 25-30 дней 3) 30-45 дней 4) до 20 дней 5) 7-10 дней
ОПК-1, ПК-7	29. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ

	НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) 45-60 дней; 2) 60-75 дней; 3) 65-80 дней; 4) 30-40 дней; 5) до 120 дней
ОПК-1, ПК-1	30. ДЛЯ БРОНХИТИЧЕСКОГО ТИПА ХОБЛ ХАРАКТЕРНО 1) масса тела понижена, объективно: незначительные изменения аускультативных и перкуторных данных, при рентгенологическом исследовании грудной клетки умеренная эмфизема легких, большие размеры сердца, паталогоанатомическая картина: выраженные признаки эндобронхиального воспаления в бронхах разного калибра 2) масса тела повышена, раннее появление гиперкапнии, при аускультации большое количество хрипов, при рентгенологическом исследовании грудной клетки выраженная эмфизема легких, размеры сердца не изменены 3) масса тела повышена, раннее появление гиперкапнии, при аускультации большое количество хрипов, при рентгенологическом исследовании грудной клетки выраженная эмфизема легких, большие размеры сердца, паталогоанатомическая картина: умеренная центроацинарная эмфизема легких; 4) масса тела повышена, раннее появление гиперкапнии, при аускультации большое количество хрипов, при рентгенологическом исследовании грудной клетки умеренная эмфизема легких, большие размеры сердца, паталогоанатомическая картина: выраженные признаки эндобронхиального воспаления в бронхах разного калибра; 5) масса тела повышена, позднее появление гиперкапнии, при рентгенологическом исследовании грудной клетки эмфизема легких, большие размеры сердца, паталогоанатомическая картина: умеренная центроацинарная эмфизема легких
ОПК-1, ПК-1	31. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ХОБЛ ХАРАКТЕРНО: 1) появление приступов дыхательного дискомфорта через несколько лет после начала кашля и одышки, часто в анамнезе курение, в клинической картине чередование острых приступов и ремиссий, может быть связь приступа удушья с аллергеном, отделение мокроты незначительное 2) обычно начинается с приступов удушья, аллергическая наследственность отягощена, в клинической картине чередование острых приступов и ремиссий, может быть связь приступа удушья с аллергеном, отделение мокроты незначительное 3) обычно начинается с приступов удушья, аллергическая наследственность не отягощена, в клинической картине доминирует постоянная экспираторная одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, удушье возникает на фоне приступообразного кашля, отделение мокроты незначительное 4) обычно начинается с приступов удушья, при анализе результатов спирографии малообратимая обструкция, проба с беротеком отрицательная

ОПК-1, ПК-1	32. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАННЕЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ 1) локтевые 2) позвоночные 3) крестцово-подвздошные 4) проксимальные межфаланговые суставы кистей 5) коленные
ОПК-1, ПК-1	33. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) микоплазма 2) хламидия 3) легионелла 4) пневмококк 5) гемофильная палочка
ПК-1, ПК-6	34. КАКИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВХОДЯТ В ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ 1) гемолитическая анемия с ретикулоцитозом 2) лейкопения менее 4000/мл. 3) тромбоцитопения менее 100000/мл. 4) лимфопения менее 1500/мл. 5) лимфопения менее 15000/мл
ОПК-1, ПК-9	35. ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА 1) ГКС 2) НПВС 3) препараты золота 4) цитостатики 5) делагил
ОПК-1, ПК-6	36. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАЗЫВАЕТСЯ АСТМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ 1) комплекс признаков, выявляемых при физикальном обследовании больного бронхиальной астмой в фазе обострения 2) тяжелый затяжной приступ бронхиальной астмы, не купирующийся бронходилататорами и сопровождающийся острой дыхательной недостаточностью, гипоксемией и гиперкапнией 3) приступ бронхиальной астмы, не прекращающийся после ингаляции симпатомиметиков 4) серия следующих один за другим приступов бронхиальной астмы 5) затяжной приступ удушья, потребовавший применения ГКС, но не сопровождающийся изменением газового состава крови
ПК-1, ПК-9	37. МУЖЧИНА 64 ЛЕТ. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 3-Х ЛЕТ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ОБОИХ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ, НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ПРИ ПЕРВЫХ ДВИЖЕНИЯХ ПОСЛЕ ОТДЫХА. С ТРУДОМ ВСТАЕТ СО СТУЛА. ВЫЯВЛЕНО ОГРАНИЧЕНИЕ СГИБАНИЯ И ВНУТРЕННЕЙ РОТАЦИИ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ВЫ СЧИТАЕТЕ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ СОВЕТОМ ДАННОМУ ПАЦИЕНТУ 1) санаторно-курортное лечение

	2) занятие бегом трусцой 3) введение в тазобедренные суставы кеналого 4) упражнение лежа на объем движений 5) правильно 1, 3
ПК-8, ПК-9	38. ВЫЗОВ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА НА ДОМ. БОЛЬНОЙ 43 ГОДА, ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ В ПРАВОЙ СТОПЕ. ИЗ АНАМНЕЗА НА КАНУНЕ УПОТРЕБЛЯЛ В ПИЩУ ШАШЛЫКИ, КРАСНОЕ ВИНО В БОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ. БОЛЬ ЛОКАЛИЗОВАЛАСЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ОБЛАСТИ I-II ПЛЮСНЕФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ПРАВОЙ СТОПЫ. КОЖА НАД СУСТАВОМ ГИПЕРЕМИРОВАНА, ГОРЯЧАЯ НА ОЩУПЬ, ПАЛЬПАЦИЯ РЕЗКО БОЛЕЗНЕННАЯ, ДВИЖЕНИЕ РЕЗКО ОГРАНИЧЕНО. ПОДОБНЫЕ ЖАЛОБЫ ПОЯВИЛИСЬ ВПЕРВЫЕ. ВАША ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА 1) пункция сустава 2) клинический анализ крови 3) анализ крови на мочевую кислоту 4) рентгенограмма стоп 5) анализ суточной мочи на мочевую кислоту
ОПК-1, ПК-1	39. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАНЕЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ 1) локтевые 2) позвоночные 3) крестцово-подвздошные 4) проксимальные межфаланговые суставы кистей 5) коленные
ОПК-1, ПК-15	40. ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ ОСТЕОПОРОЗА, ИХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ 1) после 35 2) в любом возрасте 3) через 5 лет после наступления менопаузы 4) после 45 лет за 3-5 лет до наступления менопаузы 5) после наступления менопаузы
ПК-1, ПК-6	41. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО: УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ МЕНЕЕ 30 МИНУТ, БОЛЬ МЕХАНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ; ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВА, КРЕПИТАЦИЯ; ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ – СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ, СУБХОНДРИАЛЬНЫЙ ОСТЕОСКЛЕРОЗ, ОСТЕОФИТЫ 1) ревматоидный артрит 2) подагрический артрит 3) реактивный артрит 4) деформирующий остеоартроз 5) верно 2, 4
ОПК-1, ПК-9	42. ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ РЕАКТИВНОГО СИНОВИИТА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 1) урикозурические препараты 2) хондропротекторы

	3) НПВП 4) цитостатики 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-1	43. ЖЕНЩИНА 52 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ОБОИХ КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ МЕХАНИЧЕСКОГО РИТМА, КОТОРЫЕ БЕСПОКОЯТ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 7 МЕСЯЦЕВ. ОБ-НО: УМЕРЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ПРОЕКЦИИ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИТСЯ 1) несимметричное сужение суставной щели 2) околосуставной остеопороз 3) отсутствие околосуставной щели 4) эрозии суставного хряща 5) дефекты костной ткани в области сустава
ОПК-1, ПК-1	44. ПАЦИЕНТУ 66 ЛЕТ ВПЕРВЫЕ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ. КУРИТ ПО ПАЧКЕ СИГАРЕТ В ДЕНЬ, ВЫПИВАЕТ ПО 2-3 РЮМКИ ВОДКИ ЕЖЕДНЕВНО. СТРАДАЕТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (ПОЛУЧАЕТ МОНОПРИЛ И МАНИНИЛ). ВЕС 102, РОСТ 170 СМ. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ОСТЕОАРТРОЗА У ДАННОГО ПАЦИЕНТА 1) курение 2) артериальная гипертония 3) сахарный диабет 4) ожирение 5) злоупотребление алкоголем
ПК-1, ПК-6	45. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДЛИТЕЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ 1) общий атеросклероз сосудов 2) нарушения углеводного обмена 3) амилоидоз 4) микоз 5) порфирия
ОПК-1, ПК-1	46. У ПАЦИЕНТКИ 73 ЛЕТ ОТМЕЧАЮТСЯ ПЛОТНЫЕ КОСТНЫЕ РАЗРАСТАНИЯ В ОБЛАСТИ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ, УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЕ. КАК НАЗЫВАЮТСЯ 1) ревматоидные узелки 2) тофусы 3) узелки Гебердена 4) узелки Бушара 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-1	47. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧЕТКО УКАЗЫВАЕТ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР СУСТАВНЫХ БОЛЕЙ 1) болезненность при движении 2) крепитация 3) пролиферативная дефигурация сустава 4) припухлость и локальное повышение температуры над суставом 5) нестабильность суставов

ОПК-1, ПК-1	48. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА 1) ревматоидный артрит 2) псориатический артрит 3) подагра 4) остеоартроз 5) остеопороз
ОПК-1, ПК-1	49. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ НЕ НЕСЕТ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК 1) снижение аппетита 2) отеки 3) полиурия 4) никтурия 5) анемия
ПК-8, ПК-9	50. НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, БЫСТРУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ОДЫШКУ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ К ВЕЧЕРУ ОТЕКИ НА ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОП. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. В АНАМНЕЗЕ В 14 ЛЕТ ПЕРВАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ АТАКА, ПРОТЕКАЮЩАЯ С ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ЭНДОКАРДИТОМ. ВАША ТАКТИКА 1) наблюдение в динамике 2) направление на консультацию к ревматологу 3) направление на консультацию к кардиохирургу 4) назначение антибиотиков и фуросемида 5) направление на УЗИ сердца с доплерографией
ОПК-1, ПК-6	51. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ 1) умеренный лейкоцитоз 2) положительный С-реактивный белок 3) повышенные титры антитрептолизина-О 4) повышение уровня фибриногена 5) повышение билирубина
ОПК-1, ПК-6	52. МУЖЧИНА 64 ЛЕТ. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 3-Х ЛЕТ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ОБОИХ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ, НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ПРИ ПЕРВЫХ ДВИЖЕНИЯХ ПОСЛЕ ОТДЫХА. С ТРУДОМ ВСТАЕТ СО СТУЛА. ВЫЯВЛЕНО ОГРАНИЧЕНИЕ СГИБАНИЯ И ВНУТРЕННЕЙ РОТАЦИЕЙ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ. ЧТО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ, ЧТО БЫ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ 1) исследование синовиальной жидкости 2) рентгенографию тазобедренных суставов 3) анамнестические данные о наследственной предрасположенности 4) компьютерная томография тазобедренных суставов 5) исследование лабораторных признаков воспаления
ОПК-1, ПК-9	53. К ЦЕФАЛОСПОРИНАМ III ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСЯТ 1) цефепим

	2) цефетем 3) цефотаксим 4) цефуроксим 5) цефуроксим аксетил
ОПК-1, ПК-6	54. У 53 – ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ВОЗВРАЩЕНИЯ ИЗ РЕСТОРАНА НОЧЬЮ ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ЛЕВОЙ СТОПЫ, ТЕМПЕРАТУРА 38,3°С. ПРИ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЕНА ПРИПУХЛОСТЬ I ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА, ЯРКАЯ ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ ВОКРУГ НЕГО. ПРИ КОСНОВЕНИИ К ПАЛЬЦУ ВЫЗЫВАЕТ РЕЗКОЕ УСИЛЕНИЕ БОЛИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1) ревматоидный артрит 2) реактивный артрит 3) подагрический артрит 4) ревматоидный артрит 5) нет правильного ответа
ОПК-1, ПК-6	55. У ЖЕНЩИНЫ 28 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ БОЛИ В МЕЛКИХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СКВ КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БУДЕТ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА 1) повышение СОЭ 2) рентгенологические признаки деструкции околосуставных тканей 3) наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови 4) наличие LE-клеток в крови 5) повышение иммуноглобулинов и СРБ
ОПК-1, ПК-1	56. КАКОЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ СКВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ 1) артрит (синовит) 2) кожная эритема 3) кардит 4) васкулит 5) неврит
ПК-8, ПК-9	57. МУЖЧИНА 36 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА РЕЗКИЕ БОЛИ В ЛЕВОМ КОЛЕННОМ СУСТАВЕ С ПОКРАСНЕНИЕМ КОЖИ, ПРИПУХЛОСТЬЮ, ОГРАНИЧЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ. ПРИ РАССПРОСЕ ВЫЯСНЯЕТСЯ, ЧТО ОКОЛО МЕСЯЦА НАЗАД ОН ЛЕЧИЛСЯ У ЗНАКОМОГО УРОЛОГА ОТ «УРЕТРИТА». ВАША ТАКТИКА 1) рентгенограмма коленного сустава и анализ крови 2) мазок на наличие гонококков 3) анализ крови и анализ мочи 4) консультация ревматолога 5) пункция коленного сустава с введением ГКС
ПК-8, ПК-9	58. ПАЦИЕНТ 60 ЛЕТ, КУРИЛЬЩИК СО СТАЖЕМ 30 ЛЕТ, ЖАЛУЕТСЯ НА УПОРНЫЕ ДЛИТЕЛЬНЫЕ АРТРАЛГИИ В КОЛЕННЫХ, ГОЛЕНОСТОПНЫХ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ. СУСТАВЫ ИНОГДА ПРИПУХАЮТ, ПРИ ЭТОМ ДВИЖЕНИЕ СТАНОВИТСЯ ОГРАНИЧЕННЫМИ, НО ЭТИ ИЗМЕНЕНИЯ НЕ ДЕРЖАТЬСЯ ДОЛГО. В ТЕЧЕНИЕ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ПОХУДЕЛ НА 8

	КГ, БЕСПОКОИТСНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, СЛАБОСТЬ, ПОНИЖЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ, ПЛОХОЙ СОН. В ОАК – АНЕМИЯ. ВАША ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ: 1) только наблюдение 2) обследование с целью выявления специфической патологии суставов 3) обследование для выявления опухолевого процесса 4) обследование для выявления туберкулеза 5) обследование для выявления заболевания крови
ОПК-1, ПК-6	59. ВЫЗОВ ВРАЧА НА ДОМ. ЖАЛОБЫ НА ПОВЫШЕНИЕ Т ТЕЛА 37,6С, МИГРИРУЮЩИЕ БОЛИ В КРУПНЫХ СУСТАВАХ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ПРАВОМ КОЛЕННОМ И ЛЕВОМ ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВАХ, КОЖА НАД НИМИ СЛЕГКА ГИПЕРЕМИРОВАНА, ОТЕЧНА, ТЕМПЕРАТУРА ЕЕ ПОВЫШЕНА, ДВИЖЕНИЯ В СУСТАВАХ БОЛЕЗНЕННЫ. НА КОЖЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕЯРКИЕ РОЗОВЫЕ ПЯТНА С ПРОСВЕТЛЕНИЯМИ В ЦЕНТРЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЭТО 1) инфекционно-аллергический полиартрит 2) ревматический артрит 3) болезнь Лайма 4) ревматоидный артрит 5) склеродермия
ОПК-1, ПК-6	60. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА КАКИХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЮТСЯ УЗЕЛКИ БУШАРА 1) локтевого сустава 2) коленного сустава 3) проксимальных межфаланговых суставов кисти 4) дистальных межфаланговых суставов кисти; 5) первого плюснефалангового сустава
ОПК-1, ПК-1	61. С КАКОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИЕЙ НАЗНАЧАЕТСЯ ВРАЧ ТЕРАПЕВТ НА ДОЛЖНОСТЬ ЦЕХОВОГО ТЕРАПЕВТА: 1) по проф. патологии 2) по кардиологии 3) по пульмонологии 4) по гастроэнтерологии 5) по нефрологии
ОПК-1, ПК-6	62. САМАЯ ВЫСОКАЯ ПРОТЕИНУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ 1) острым гломерулонефрите 2) амилоидозе 3) нефротическом синдроме 4) хроническом гломерулонефрите 5) хроническом пиелонефрите
ОПК-1, ПК-6	63. АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ 1) вторичного гиперальдостеронизма 2) гипоальбуминемии 3) портальной гипертензии 4) гиперспленизма 5) тотального некроза печени
ОПК-1, ПК-6	64. ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ЧАЩЕ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ 1) гломерулонефрит

	2) вторичный амилоидоз почек 3) пиелонефрит 4) волчаночный нефрит 5) парапротеинемическая нефропатия
ОПК-1, ПК-6	65. ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) злокачественное клиническое течение 2) выраженная гепатомегалия 3) желтуха немеханической природы 4) повышение сывороточных липидов 5) повышение активности аминотрансфераз
ОПК-1, ПК-6	66. КАКОЙ ПРИЗНАК ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ 1) протеинурия 2) гематурия 3) лейкоцитурия 4) цилиндрурия 5) изостенурия
ОПК-1, ПК-1	67. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ 1) над грудиной 2) в эпигастральной области 3) в нижних отделах со стороны спины и в подмышечной области 4) над верхушками легких 5) по всем полям одинаково
ОПК-1, ОПК-6	68. НАЗОВИТЕ НОМЕР ПРИКАЗА, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕГО ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНО – ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ: 1) №5 2) №206 3) №770 4) №1000 5) № 543
ОПК-1, ПК-1	69. ТУБЕРКУЛЕМА ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В: 1) сегментах S3, S7 и S9 2) сегментах S1, S2 и S6 3) сегментах S3, S7 и S11 4) сегментах S1, S2 и S9 5) сегментах S2, S8 и S11
ОПК-1, ПК-6	70. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ 1) пункционная биопсия печени 2) УЗИ 3) радионуклидное сканирование 4) КТ 5) верно 1, 3
ОПК-1, ПК-1	71. НР ПРОДУЦИРУЕТ 1) уреазу 2) липазу 3) ангидразу

	4) верно 1, 2 5) лактозу
ОПК-1, ПК-9	72. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ К БЛОКАТОРАМ «ПРОТОННОГО НАСОСА» 1) фамотидин 2) гевискон 3) пантопразол 4) пирензепин 5) бускопан
ПК-1, ПК-2	73. В ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ 3 ПО ПРИКАЗУ №124Н ВХОДЯТ 1) практически здоровые люди 2) здоровые люди, имеющие факторы риска 3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях 4) пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методах обследования 5) пациенты, нуждающиеся в лечении и диагностике в условиях стационара
ОПК-1, ПК-6	74. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПИЕЛОНЕФРИТ ИМЕЕТ 1) боли в поясничной области; 2) лейкоцитурия 3) учащенное, болезненное мочеиспускание 4) эритроцитурия 5) бактериурия
ПК-1, ПК-2	75. ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (СОСТОЯНИЯ), ТРЕБУЮЩИЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ИЛИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ГРАЖДАНЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ), НУЖДАЮЩИЕСЯ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПРИКАЗУ № 124Н ОТНОСЯТСЯ К: 1) II диспансерной группе 2) III диспансерной группе 3) IV диспансерной группе 4) V диспансерной группе 5) I диспансерной группе
ОПК-1, ПК-1	76. К ПРЕПАРАТАМ ВТОРОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ 1) индапамид-ретард 2) лизиноприл 3) моксонидин 4) небиволол 5) амлодипин
ОПК-1, ПК-9	77. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1) 24-часовой мониторинг ЭКГ 2) проба с дозированной физической нагрузкой 3) фармакологические пробы 4) холоддовая проба

	5) стресс ЭхоКГ с фармакологической нагрузкой
ОПК-1, ПК-1	78. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) определение СОЭ и лейкоцитов 2) определение ЛДГ в крови 3) определение суммарной креатинфосфокиназы в крови 4) определение уровня тропонина Т, I и МВ фракции креатинфосфокиназы крови 5) определение АСТ, АЛТ
ПК-8, ПК-9	79. РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НЕОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ 1) с первых суток от возникновения инфаркта 2) с первой недели от возникновения инфаркта 3) с третьей недели от возникновения инфаркта 4) с четвертой недели от возникновения инфаркта 5) через три месяца
ОПК-1, ПК-1	80. КРИТЕРИЕМ НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1) <120 мм.рт.ст. 2) 120-129 мм.рт.ст. 3) 130-139 мм.рт.ст. 4) <140 мм.рт.ст. 5) 90 -100 мм.рт.ст
ОПК-1, ПК-6	81. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ВЕРИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТСЯ 1) анализ желудочного сока 2) рентгеноскопия желудка 3) гастроскопия 4) данные гастропанели 5) определение антител к обкладочным клеткам и внутреннему фактору и к НР
ОПК-1, ПК-1	82. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) быстрый уреазный тест + серологический 2) исследование антигена H.pylori в кале+ уреазный дыхательный тест 3) бактериологический+серологический ИФА 4) гистологический+ уреазный дыхательный тест 5) ПЦР - диагностика
ОПК-6, ПК-7	83. СОГЛАСНО КАКОМУ ПРИКАЗУ ПРОИСХОДИТ ВЫДАЧА ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: 1) №90 2) №624н 3) №170 4) № 770 5) №188
ОПК-1, ОПК-6	84. ФОРМА МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО: 1) ф.№025 -12/у 2) ф.№072/у – 04 3) ф.№060 у 4) ф.№025 у

	5) ф.№030
ОПК-6, ПК-7	85. ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЕДИНОЛИЧНО НА: 1) 10 дней 2) 11 дней 3) 7 дней 4) 12 дней 5) 14 дней
ОПК-1, ПК-9	86. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ 1) ИПП 2) сукральфат и его аналоги 3) спазмолитические средства 4) беззондовые тюбажи 5) холеретики и холецистокинетики
ОПК-1, ПК-1	87. СУХОЙ КАШЕЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ ОБУСЛОВЛЕН 1) воспалением слизистой оболочки крупных бронхов 2) воспалением слизистой оболочки мелких бронхов 3) повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов 4) атрофией слизистой оболочки бронхов и обнаружением в ней нервных окончаний 5) верно 2, 4
ОПК-1, ПК-1	88. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА 1) ревматоидный артрит 2) псориатический артрит 3) подагра 4) остеоартроз 5) остеопороз
ОПК-1, ПК-1	89. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА СОДЕРЖИТСЯ В 100Г 1) фасоли 2) сервелата 3) сыра 4) творога 5) икры осетровых рыб
ПК-8, ПК-9	90. НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, БЫСТРУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ОДЫШКУ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ К ВЕЧЕРУ ОТЕКИ НА ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОП. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. В АНАМНЕЗЕ В 14 ЛЕТ ПЕРВАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ АТАКА, ПРОТЕКАЮЩАЯ С ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ЭНДОКАРДИТОМ. ВАША ТАКТИКА 1) наблюдение в динамике 2) направление на консультацию к ревматологу 3) направление на консультацию к кардиохирургу 4) назначение антибиотиков и фуросемида

	5) направление на УЗИ сердца с доплерографией
ПК-1, ПК-2	91. НАЗОВИТЕ НОМЕР ПРИКАЗА, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕГО ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ: 1) №5 2) № 514 3) №770 4) 124н 5) № 584
ОПК-1, ПК-6	92. МУЖЧИНА 64 ЛЕТ. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 3-Х ЛЕТ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ОБОИХ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ, НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ПРИ ПЕРВЫХ ДВИЖЕНИЯХ ПОСЛЕ ОТДЫХА. С ТРУДОМ ВСТАЕТ СО СТУЛА. ВЫЯВЛЕНО ОГРАНИЧЕНИЕ СГИБАНИЯ И ВНУТРЕННЕЙ РОТАЦИЕЙ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ. ЧТО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ, ЧТО БЫ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ 1) исследование синовиальной жидкости 2) рентгенографию тазобедренных суставов 3) анамнестические данные о наследственной предрасположенности 4) компьютерная томография тазобедренных суставов 5) исследование лабораторных признаков воспаления
ОПК-1, ПК-9	93. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ДО 60 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА 1) аминопенициллины 2) цефалоспорины 3) макролиды 4) аминогликозиды 5) препараты нитрофуранового ряда
ПК-1, ПК-6	94. У 53 – ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ВОЗВРАЩЕНИЯ ИЗ РЕСТОРАНА НОЧЬЮ ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ЛЕВОЙ СТОПЫ, ТЕМПЕРАТУРА 38,3°С. ПРИ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЕНА ПРИПУХЛОСТЬ I ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА, ЯРКАЯ ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ ВОКРУГ НЕГО. ПРИ КОСНОВЕНИИ К ПАЛЬЦУ ВЫЗЫВАЕТ РЕЗКОЕ УСИЛЕНИЕ БОЛИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1) ревматоидный артрит 2) реактивный артрит 3) подагрический артрит 4) ревматическая лихорадка 5) верно 1, 3
ПК-1, ПК-6	95. У ЖЕНЩИНЫ 28 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ БОЛИ В МЕЛКИХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СКВ КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БУДЕТ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА 1) повышение СОЭ 2) рентгенологические признаки деструкции околосуставных тканей 3) наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови 4) наличие LE-клеток в крови

	5) повышение иммуноглобулинов и СРБ
ОПК-1, ПК-6	96. КАКОЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ СКВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ 1) артрит (синовит) 2) кожная эритема 3) кардит 4) васкулит 5) неврит
ПК-8, ПК-9	97. МУЖЧИНА 36 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА РЕЗКИЕ БОЛИ В ЛЕВОМ КОЛЕННОМ СУСТАВЕ С ПОКРАСНЕНИЕМ КОЖИ, ПРИПУХЛОСТЬЮ, ОГРАНИЧЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ. ПРИ РАССПРОСЕ ВЫЯСНЯЕТСЯ, ЧТО ОКОЛО МЕСЯЦА НАЗАД ОН ЛЕЧИЛСЯ У ЗНАКОМОГО УРОЛОГА ОТ «УРЕТРИТА». ВАША ТАКТИКА 1) рентгенограмма коленного сустава и анализ крови 2) мазок на наличие гонококков 3) анализ крови и анализ мочи 4) консультация ревматолога 5) пункция коленного сустава с введением ГКС
ПК-8, ПК-9	98. ПАЦИЕНТ 60 ЛЕТ, КУРИЛЬЩИК СО СТАЖЕМ 30 ЛЕТ, ЖАЛУЕТСЯ НА УПОРНЫЕ ДЛИТЕЛЬНЫЕ АРТРАЛГИИ В КОЛЕННЫХ, ГОЛЕНОСТОПНЫХ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ. СУСТАВЫ ИНОГДА ПРИПУХАЮТ, ПРИ ЭТОМ ДВИЖЕНИЕ СТАНОВИТСЯ ОГРАНИЧЕННЫМИ, НО ЭТИ ИЗМЕНЕНИЯ НЕ ДЕРЖАТЬСЯ ДОЛГО. В ТЕЧЕНИЕ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ПОХУДЕЛ НА 8 КГ, БЕСПОКОИТ СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, СЛАБОСТЬ, ПОНИЖЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ, ПЛОХОЙ СОН. В ОАК – АНЕМИЯ. ВАША ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ: 1) только наблюдение 2) обследование с целью выявления специфической патологии суставов 3) обследование для выявления опухолевого процесса 4) обследование для выявления туберкулеза 5) обследование для выявления заболевания крови
ПК-1, ПК-6	99. ВЫЗОВ ВРАЧА НА ДОМ. ЖАЛОБЫ НА ПОВЫШЕНИЕ Т ТЕЛА 37,6С, МИГРИРУЮЩИЕ БОЛИ В КРУПНЫХ СУСТАВАХ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ПРАВОМ КОЛЕННОМ И ЛЕВОМ ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВАХ, КОЖА НАД НИМИ СЛЕГКА ГИПЕРЕМИРОВАНА, ОТЕЧНА, ТЕМПЕРАТУРА ЕЕ ПОВЫШЕНА, ДВИЖЕНИЯ В СУСТАВАХ БОЛЕЗНЕННЫ. НА КОЖЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕЯРКИЕ РОЗОВЫЕ ПЯТНА С ПРОСВЕТЛЕНИЯМИ В ЦЕНТРЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЭТО 1) инфекционно-аллергический полиартрит 2) ревматический артрит 3) болезнь Лайма 4) ревматоидный артрит 5) склеродермия
ОПК-1, ПК-6	100. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА КАКИХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЮТСЯ УЗЕЛКИ БУШАРА 1) локтевого сустава 2) коленного сустава

	3) проксимальных межфаланговых суставов кисти 4) дистальных межфаланговых суставов кисти; 5) первого плюснефалангового сустава
--	--

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. 5)	11. 2)	21. 3)	31. 2)	41. 4)	51. 5)	61. 5)	71. 1)	81. 4)	91. 4)
2. 1)	12. 3)	22. 1)	32. 4)	42. 3)	52. 2)	62. 3)	72. 3)	82. 1)	92. 2)
3. 1)	13. 2)	23. 4)	33. 4)	43. 1)	53. 3)	63. 4)	73. 4)	83. 2)	93. 1)
4. 2)	14. 4)	24. 1)	34. 2)	44. 4)	54. 3)	64. 3)	74. 5)	84. 4)	94. 3)
5. 4)	15. 2)	25. 3)	35. 2)	45. 3)	55. 4)	65. 1)	75. 4)	85. 5)	95. 4)
6. 3)	16. 1)	26. 4)	36. 4)	46. 3)	56. 4)	66. 1)	76. 3)	86. 3)	96. 4)
7. 2)	17. 4)	27. 5)	37. 4)	47. 4)	57. 2)	67. 3)	77. 2)	87. 4)	97. 2)
8. 4)	18. 4)	28.2)	38. 5)	48. 4)	58. 3)	68. 5)	78. 4)	88. 4)	98. 3)
9. 5)	19. 1)	29.1)	39. 4)	49. 1)	59. 2)	69. 2)	79. 1)	89. 5)	99. 2)
10.3)	20. 5)	30.4)	40. 4)	50. 5)	60. 3)	70. 1)	80. 2)	90. 5)	100.3)

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

91 – 100% правильных ответов – **отлично**

81 – 90 % – **хорошо**

71 – 80 % – **удовлетворительно**

менее 71% – **неудовлетворительно**

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

ОПК-1, ПК-1	1. ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПЛАНИРУЕТСЯ ПО 1) количеству посещений на одного жителя в год 2) пропускной способности поликлиники по числу посещений в день 3) количеству обслуживаемого населения на территории 4) плановой функции врачебной должности
ОПК-1, ОПК-6	2. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА ОФОРМЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНО 1) при проведении диспансеризации 2) на приеме врача 3) в регистратуре 4) на дому
ОПК-1, ПК-1	3. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ ПРИКАЗОМ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ № 1) 584 2) 543 3) 215 4) 242
ОПК-1, ПК-1	4. ИЗМЕРИТЕЛЕМ ОБЪЁМА ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) среднее число посещений поликлиники на одного жителя в год 2) нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике 3) функция врачебной должности 4) количество посещений поликлиники в день
ОПК-1, ОПК-6	5. ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ В ПУНКТЕ 19 УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ ПУНКТ 1) паллиативная медицинская помощь 2) первичная доврачебная медико-санитарная помощь 3) первичная специализированная медико-санитарная помощь 4) первичная врачебная медико-санитарная помощь
ОПК-1, ОПК-6	6. В ФОРМЕ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» ПОДЛЕЖАТ УЧЕТУ 1) посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием 2) случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи 3) обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации 4) случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме

	на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях
ОПК-6, ПК-2	7. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» НОМЕР КАРТЫ ДОЛЖЕН СООТВЕТСТВОВАТЬ НОМЕРУ 1) СНИЛС пациента 2) страхового медицинского полиса пациента 3) «медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025/у) 4) «талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у)
ОПК-6, ПК-1	8. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 030-13/У «ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ» ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОТЧЕТНОГО ПЕРИОДА ПОДПИСЫВАЕТСЯ 1) главным врачом 2) врачом-терапевтом участковым и специалистом организационно-методического кабинета 3) председателем врачебной комиссии 4) заместителем главного врача по организационно-методической работе
ОПК-6, ПК-1	9. «СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА N 070/У), ВЫДАВАЕМАЯ ЛИЦУ, ИМЕЮЩЕГО ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ: 1) заместителя главного врача по организационно-методической работе 2) лечащего врача 3) главного врача 4) председателя врачебной комиссии
ОПК-6, ПК-1	10. ОБРАТНЫЙ (ОТРЕЗНОЙ) ТАЛОН «СПРАВКИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА N 070/У) ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ 1) лечащего врача и главного врача санаторно-курортной организации 2) заместителя главного врача по организационно-методической работе санаторно-курортной организации 3) председателя врачебной комиссии 4) лечащего врача организации, направившей пациента на лечение
ПК-1, ПК-2	11. ГРАЖДНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ УГЛУБЛЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР С УЧАСТИЕМ НЕОБХОДИМЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОВОДИТСЯ В ГОД 1) 4 раза 2) 2 раза 3) 3 раза 4) 1 раз
ПК-1, ПК-2	12. ГРАЖДНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

	ПРОВОДИТСЯ В ГОД 1) 1 раз 2) 2 раза 3) 3 раза 4) 4 раза
ПК-1, ПК-2	13.ГРАЖДНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАТРОНАЖ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В 1) месяц 2) 6 месяцев 3) год 4) 3 месяца
ОПК-6, ПК-1	14. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ РЕБЕНКОМ ВОЗРАСТА 17 ЛЕТ (ВКЛЮЧИТЕЛЬНО) И ПЕРЕДАЧЕ ЕГО НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДАННЫЕ ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 112/У) ПЕРЕНОСЯТСЯ В ФОРМУ N 1) 052-1/у «вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного» 2) 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» 3) 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» 4) 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг»
ОПК-6, ПК-1	15.«НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ 1) председателем врачебной комиссии 2) главным врачом 3) заместителем главного врача по лечебной работе 4) заведующим отделением
ОПК-6, ПК-1	16.УЧЕТНАЯ ФОРМА N 039-1/У-06 «ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ» ЗАПОЛНЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ УЧАСТКОВОЙ 1) раз в неделю 2) ежедневно 3) раз в месяц 4) раз в квартал
ОПК-1, ПК-1	17.В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НЕ ВХОДИТ 1) санитарно-гигиеническое воспитание и обучение населения 2) лечебно-диагностическая работа 3) экспертиза стойкой утраты трудоспособности 4) профилактическая работа, диспансеризация
ПК-1, ПК-9	18.ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ИМЕЮТ ПАЦИЕНТЫ С 1) множественными переломами

	2) орфанными заболеваниями 3) ожирением 4) бациллоносительством
ОПК-1, ПК-1	19.НОРМА НАГРУЗКИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПОЛИКЛИНИКИ СОСТАВЛЯЕТ ПОСЕЩЕНИЙ В ЧАС 1) 4 2) 7 3) 6 4) 5
ОПК-1, ОПК-6	20. СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК ДЛЯ ВЫПИСЫВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ДЕЙСТВИТЕЛЕН 1) 5 дней 2) 30 дней 3) 15 дней 4) 10 дней
ОПК-1, ПК-9	21. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ БРОНХОЛИТИКОМ УПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ 1) фенотерол 2) сальбутамол 3) атровент 4) эуфиллин
ОПК-1, ПК-1	22.ПОЖИЛЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ ЛЕТ 1) от 60 до 74 2) от 70 до 80 3) от 75 до 89 4) от 80 до 94
ОПК-1, ПК-1	23. СТАРЧЕСКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ ЛЕТ 1) от 70 до 80 2) от 75 до 89 3) от 60 до 74 4) от 80 до 94
ОПК-1, ПК-1	24. К ФАКТОРАМ РИСКА У ПОЖИЛЫХ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЛИЯЮЩИМ НА СМЕРТНОСТЬ, ОТНОСИТСЯ 1) низкое систолическое АД на голени 2) высокое диастолическое АД на плечевой артерии 3) высокое систолическое АД на голени 4) высокое систолическое АД на плечевой артерии
ОПК-1, ПК-9	25. ОСОБЕННОСТЬЮ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1) уменьшение объема распределения водорастворимых ЛС 2) уменьшение всасывания лекарственных средств (ЛС) в пищеварительном тракте 3) увеличение объема распределения водорастворимых ЛС 4) уменьшение объема выделяемой мочи почками
ОПК-1, ПК-6	26. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО БРОНХИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) туберкулез 2) хронический бронхит 3) очаговая пневмония 4) рак легкого
ОПК-1, ПК-1	27. ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И

	СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧАСТО СВЯЗАНА С 1) острым циститом 2) аденомой предстательной железы 3) хроническим пиелонефритом 4) острым гломерулонефритом
ОПК-1, ПК-6	28. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ САД ВЫШЕ ММ РТ.СТ. 1) 200 и диастолическом АД выше 120 2) 140 и диастолическом АД выше 90 3) 160 и диастолическом АД выше 90 4) 140 и диастолическом АД менее 90
ОПК-1, ПК-1	29. ВНЕЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ВКЛЮЧАЮТ 1) спутанность сознания 2) выраженную тахикардию 3) незначительную желтуху 4) миалгии и оссалгии
ОПК-1, ПК-1	30. СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1) увеличением вариабельности АД 2) уменьшением вариабельности АД 3) снижением АД во время ночного сна 4) увеличением АД в утренние часы
ОПК-1, ПК-1	31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДОМАШНЕЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1) пневмококк 2) микоплазма 3) хламидия 4) легионелла
ОПК-1, ПК-1	32.ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) частота атопических форм 2) преобладание отечно-секреторного механизма обструкции 3) редкость атопических форм 4) преобладание бронхоспастического механизма обструкции
ОПК-1, ПК-1	33. К РАЗВИТИЮ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ 1) психоэмоциональный стресс 2) физическое переутомление 3) перегревание 4) постельный режим
ОПК-1, ПК-1	34. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) повышение порога болевой чувствительности 2) снижение порога болевой чувствительности 3) ослабление воспалительной реакции 4) усиление воспалительной реакции
ОПК-1, ПК-1	35. В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КЛАПАННЫХ

	ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ 1) инфекционный эндокардит 2) миксоматозная дегенерация клапанов 3) ревматизм 4) генетическая тромбофилия
ОПК-1, ПК-1	36. ПРИЗНАКОМ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1) появление ночной потливости и интоксикации 2) усиление одышки и выделения мокроты 3) полиурия на фоне гипертермии 4) анурия на фоне гипертермии
ОПК-1, ПК-9	37. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ 1) возможное нарушение всасывания лекарств 2) ускоренное выведение лекарств почками 3) повышенного метаболизма 4) значительное усиление всасываемости лекарств
ОПК-1, ПК-9	38. ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ У ПОЖИЛЫХ СВЯЗАНО С 1) нарушением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте 2) снижением кровотока в зоне микроциркуляции 3) снижением функции печени и почек 4) повышением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте
ОПК-1, ПК-9	39. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ 1) общее улучшение самочувствия 2) литическое снижение температуры 3) исчезновение кашля и мокроты 4) нормализация ночного сна
ОПК-1, ПК-9	40. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ 1) проводится пожизненно курсами 2) начинается при возникновении риска 3) включает длительную иммобилизацию 4) требует соблюдения антитромботической диеты
ОПК-1, ПК-1	41.ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ 1) коленные 2) лучезапястные 3) челюстно-лицевые 4) пястно-фаланговые
ОПК-1, ПК-1	42.В ЭТИОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ 1) травма сустава 2) реактивный артрит в анамнезе 3) гиперурикемия 4) генетический фактор
ОПК-1, ПК-1	43.УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА 1) дистальных межфаланговых суставов кисти

	2) проксимальных межфаланговых суставов кисти 3) первого плюснефалангового сустава 4) локтевого сустава
ОПК-1, ПК-9	44. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1) Д-пенициламин 2) аллопуринол 3) колхицин 4) хондроитинсульфат
ОПК-1, ПК-9	45. К ПРЕПАРАТАМ ЗАМЕДЛЕННОГО МОДИФИЦИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ 1) нестероидные противовоспалительные препараты 2) глюкокортикостероиды 3) хондропротекторы 4) цитостатики
ОПК-1, ПК-1	46. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО 1) скованность в движениях утром в течение 120 минут 2) деформация суставов 3) механический тип болей 4) ограничение подвижности суставов
ОПК-1, ПК-6	47. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ 1) сужение суставной щели и хондрокальциноз 2) сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узур 3) кисты в эпифизах 4) сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты, кистовидные просветления в эпифизах
ПК-1, ПК-2	48. БОЛЬНЫЕ С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ОСМАТРИВАЮТСЯ 1) 4 раза в год 2) 1 раз в год 3) 2 раза в год 4) 1 раз в месяц
ОПК-1, ПК-6	49. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНО 1) множественные эрозии суставных поверхностей 2) остеофитоз 3) остеопороз 4) симптом «пробойника»
ОПК-1, ПК-6	50. ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТЕОАРТРОЗА 1) субхондральный склероз и остеофиты 2) эрозии 3) кистовидные просветления 4) остеолиты
ОПК-1, ПК-1	51. МЕЖФАЛАНГОВЫЕ СУСТАВЫ ПАЛЬЦЕВ ПО ФОРМЕ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ 1) эллипсоидными

	2) блоковидными 3) шаровидными 4) плоскими
ОПК-1, ПК-1	52. КАКОЕ ИЗ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА НАИБОЛЕЕ ВСЕГО ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА 1) ожирение 2) дислипидемия 3) гипертиреоз 4) акромегалия
ОПК-1, ПК-6	53. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ ОБНАРУЖЕНЫ УЗЛЫ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ: 1) системная красная волчанка 2) ревматоидный артрит 3) системная склеродермия 4) остеоартроз суставов кистей
ОПК-1, ПК-1	54. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА 1) первого плюснефалангового сустава 2) дистальных межфаланговых суставов кисти 3) проксимальных межфаланговых суставов кисти 4) локтевого сустава
ОПК-1, ПК-1	55. ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ РАЗВИВАЮТСЯ УЗЕЛКИ БУШАРА НА 1) 1 и 2 дистальных межфаланговых суставах кисти 2) проксимальных межфаланговых суставах кисти 3) всех плюснефаланговых суставах симметрично 4) первых плюснефаланговых суставах симметрично
ОПК-1, ПК-1	56. СИНДРОМ УТРЕННЕЙ СКОВАННОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1) ревматоидного артрита 2) деформирующего остеоартроза 3) подагры 4) болезни Рейтера
ОПК-1, ПК-6	57. АУТОИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1) подагры 2) ревматоидного артрита 3) остеоартроза 4) болезни Рейтера
ОПК-1, ПК-6	58. «ШТАМПОВАННЫЕ» ДЕФЕКТЫ В ЭПИФИЗАХ КОСТЕЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1) подагры 2) остеоартроза 3) ревматоидного артрита 4) анкилозирующего спондилита
ОПК-1, ПК-6	59. БОЛИ В СУСТАВАХ ПРИ НАГРУЗКЕ, ПРОХОДЯЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1) реактивного артрита 2) подагрического артрита 3) ревматоидного артрита 4) остеоартроза

ОПК-1, ПК-1	60. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ 1) повышение кожной температуры над суставами 2) появление механических болей 3) появление припухлости суставов 4) гиперпигментация кожи над пораженными суставами
ОПК-1, ПК-1	61. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ 1) первые пястно-фаланговые суставы стоп и кистей 2) коленные суставы 3) проксимальные межфаланговые суставы 4) суставы поясничного и шейного отделов позвоночника
ОПК-1, ПК-1	62. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ 1) узелки Бушара 2) пальцы в виде «шеи лебедя» 3) хруст в суставах 4) покраснение в области суставов
ПК-1, ПК-2	63. БОЛЬНЫЕ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ОСМАТРИВАЮТСЯ _ РАЗ В ГОД 1) 2 2) 12 3) 1 4) 4
ОПК-1, ПК-6	64. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СУСТАВОВ (НЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ЭТОМ ЗАБОЛЕВАНИИ) 1) проксимальные межфаланговые суставы кистей 2) дистальные межфаланговые суставы кистей 3) лучезапястные суставы 4) плюснефаланговые суставы
ОПК-1, ПК-6	65. В ДЕБЮТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ 1) тазобедренные суставы 2) верхние шейные позвонки 3) нижние шейные позвонки 4) лучезапястные суставы
ОПК-1, ПК-9	66. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ИЗ СИНТЕТИЧЕСКИХ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ 1) метотрексат 2) соли золота 3) аминохинолиновые производные 4) инфликсимаб
ОПК-1, ПК-9	67. К СИНТЕТИЧЕСКИМ БАЗИСНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ 1) ремикейд 2) этарнецепт 3) сульфасалазин 4) тофацинитиб

ОПК-1, ПК-6	68. У БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩЕЙ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ, В МОЧЕ ОБНАРУЖЕНА ПРОТЕИНУРИЯ ДО 3,5 Г/Л. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ 1) миеломной болезни 2) хронического пиелонефрита 3) хронического гломерулонефрита 4) амилоидоза почек
ОПК-1, ПК-1	69. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ 1) крестцового отдела позвоночника 2) поясничного отдела позвоночника 3) шейного отдела позвоночника 4) крестцово-подвздошных сочленений
ОПК-1, ПК-1	70. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) острый моноартрит сустава большого пальца стопы 2) стойкие артралгии 3) неэрозивный характер артрита 4) утренняя скованность более 1 часа
ОПК-1, ПК-1	71. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО 1) асимметричность поражения суставов 2) утренняя скованность более часа 3) поражение дистальных межфаланговых суставов 4) выраженная гиперемия в области суставов
ОПК-1, ПК-6	72. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ 1) межпозвоночные оссификаты 2) остеофитоз 3) эрозии суставной поверхности 4) односторонний сакроилеит
ОПК-1, ПК-7	73. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СЕРОПОЗИТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ I – II СТЕПЕНЕЙ АКТИВНОСТИ 1) 15 – 20 дней 2) 30 – 45 дней 3) 21 – 30 дней 4) 7 – 14 дней
ОПК-1, ПК-1	74. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ 1) крестцово-подвздошные сочленения 2) коленные 3) межфаланговые 4) челюстно-лицевые
ОПК-1, ПК-1	75. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ СУСТАВОВ 1) реактивным 2) дегенеративным 3) метаболическим 4) воспалительным

ОПК-1, ПК-1	76. ОТМЕТИТЬ НА КАКОЙ ИЗ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ ВЛИЯЮТ БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 1) хроническое иммунное воспаление 2) подавление локального местного воспаления 3) этиологические факторы 4) генетическая предрасположенность
ОПК-1, ПК-1	77. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ 1) олигоартрит 2) полиартрит 3) артралгия 4) моноартрит
ОПК-1, ПК-9	78. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ 1) Д-пеницилламин 2) сульфасалазин 3) гидроксихлорохин 4) метотрексат
ОПК-1, ПК-9	79. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВВИДЕ 1) цитопенического синдрома 2) вторичного амилоидоза 3) рефрактерной анемии 4) гемолитического синдрома
ОПК-1, ПК-6	80. В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ 1) анемии 2) повышенного уровня мочевой кислоты 3) диспротеинемии 4) антитела к цитрулинированному пептиду
ОПК-1, ПК-6	81. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) острый моноартрит сустава большого пальца стопы 2) стойкие артралгии 3) незрозивный характер артрита 4) утренняя скованность более 1 часа
ОПК-1, ПК-9	82. ПОДАГРА СЛУЖИТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ 1) антагонистов кальция 2) ингибиторов АПФ 3) β-адреноблокаторов 4) тиазидных диуретиков
ОПК-1, ПК-1	83. ДЛЯ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ 1) выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты 2) мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой 3) в период приступов может развиваться лихорадка 4) действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой

	кислоты
ОПК-1, ПК-9	84.В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ НАЗНАЧАЮТ 1) ацеклоклофенак 2) метилпреднизолон 3) аллопуринол 4) моноклональные антитела у интрелейкину 1 β(канакинумаБ)
ОПК-1, ПК-6	85.МОНОАРТРИТ, КАК ПРАВИЛО, ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ 1) ревматоидном артрите 2) подагре 3) анкилозирующем спондилоартрите 4) системной красной волчанке
ОПК-1, ПК-9	86.ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ 1) метотрексата 2) аллопуринола 3) фебуксостата 4) диклофенака
ОПК-1, ПК-9	87. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ НАЗНАЧАЮТ 1) аллопуринол 2) метилпреднизолон 3) ацеклоклофенак 4) моноклональные антитела у интрелейкину 1 β(канакинумаБ)
ОПК-1, ПК-9	88. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПОДАГРИЧЕСКОЙ АТАКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ 1) колхицина 2) глюкокортикостероидов 3) НПВП в полных дозах 4) аллопуринола
ОПК-1, ПК-6	89. СОЧЕТАНИЕ РАННЕГО ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПРОЦЕСС ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ, В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ РЕЗКОЕ ПОКРАСНЕНИЕ, ДЕФИГУРАЦИЯ СУСТАВОВ, ПОДЪЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, НЕФРОПАТИЯ, ПРИСТУПЫ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ПОДКОЖНЫЕ УЗЕЛКИ НА УШНЫХ РАКОВИНАХ И ЛОКТЯХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1) ревматоидного артрита 2) подагры 3) ревматического полиартрита 4) деформирующего остеоартроза
ОПК-1, ПК-6	90. ДИАГНОЗ ПОДАГРЫ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НА ОСНОВАНИИ 1) повышения уровня трансаминаз в крови 2) болей механического типа в суставах 3) утренней скованности 4) артрита плюснефалангового сустава
ОПК-1, ПК-6	91. НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОДАГРЫ 1) значительное разрушение хряща 2) образование костных каверн 3) «симптом пробойника» 4) околосуставной эпифизарный остеопороз

ОПК-1, ПК-9	92. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОДАГРЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ 1) хондропротекторами 2) нестероидными противовоспалительными средствами 3) кортикостероидами 4) иммобилизацией пораженных суставов
ОПК-1, ПК-9	93. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ 1) ингибиторы протонной помпы, диуретики, глюкокортикоиды 2) глюкокортикоиды, ингибиторы АПФ, колхицин 3) нестероидные противовоспалительные средства, колхицин, глюкокортикоиды 4) блокаторы H2-гистаминовых рецепторов, сердечные гликозиды, нестероидные противовоспалительные средства
ОПК-1, ПК-7	94. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПОДАГРЕ 1) 15 – 20 дней 2) 7 – 10 дней 3) 10 – 14 дней 4) 5 – 7 дней
ОПК-1, ПК-6	95. КРУГЛЫЕ ШТАМПОВАННЫЕ ДЕФЕКТЫ В ЭПИФИЗАХ КОСТЕЙ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ 1) миеломной болезни 2) псориатическом артрите 3) подагре 4) системной красной волчанке
ОПК-1, ПК-1	96. ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ 1) симметричного полиартрита 2) асимметричного полиартрита 3) симметричного олигоартрита 4) асимметричного моноартрита
ОПК-1, ПК-1	97. ДЛЯ ПЕРВОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ 1) пястнофаланговых 2) плюснефаланговых 3) голеностопных 4) коленных
ОПК-1, ПК-9	98. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН 1) фебуксостат 2) аллопуринол 3) колхицин 4) дезурик
ОПК-1, ПК-9	99. ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНТЕЗА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДАГРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ 1) аллопуринол 2) диклофенак 3) гидрохлортиазид 4) цистон

ОПК-1, ПК-9	100. ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ 1) метотрексата 2) аллопуринола 3) фебуксостата 4) диклофенака
-------------	--

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. 1)	11. 4)	21. 3)	31. 1)	41. 1)	51. 2)	61. 3)	71. 2)	81. 3)	91. 3)
2. 3)	12. 1)	22. 1)	32. 2)	42. 4)	52. 1)	62. 2)	72. 3)	82. 4)	92. 2)
3. 2)	13. 4)	23. 2)	33. 4)	43. 2)	53. 4)	63. 4)	73. 2)	83. 3)	93. 3)
4. 1)	14. 1)	24. 4)	34. 1)	44. 4)	54. 3)	64. 2)	74. 3)	84. 3)	94. 1)
5. 4)	15. 4)	25. 2)	35. 3)	45. 3)	55. 2)	65. 4)	75. 4)	85. 2)	95. 3)
6. 1)	16. 1)	26. 3)	36. 2)	46. 1)	56. 1)	66. 1)	76. 1)	86. 4)	96. 4)
7. 3)	17. 3)	27. 2)	37. 1)	47. 4)	57. 2)	67. 3)	77. 2)	87. 1)	97. 2)
8. 2)	18. 3)	28.4)	38. 3)	48. 3)	58. 1)	68. 4)	78. 4)	88. 3)	98. 3)
9. 4)	19. 1)	29.1)	39. 1)	49. 2)	59. 4)	69. 3)	79. 2)	89. 2)	99. 1)
10.1)	20. 3)	30.2)	40. 2)	50. 1)	60. 2)	70. 2)	80. 4)	90. 4)	100.4)

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

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

ТЕСТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ» С ЦЕЛЬЮ
ОСВОЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

Вариант IX

ОПК-1, ПК-1	1) НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ 1) грибковые инфекции 2) бактериальные инфекции 3) вирусные инфекции 4) воздействия токсинов
ОПК-1, ПК-6	2) ДИАГНОЗ МИОКАРДИТА ДОСТОВЕРНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 1) сцинтиграфии миокарда 2) эхокардиографии 3) ЭКГ 4) биопсии миокарда
ОПК-1, ПК-6	3) К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ 1) алкогольная 2) гипертрофическая 3) метаболическая 4) дисгормональная
ОПК-1, ПК-9	4) КАРДИОТОКСИЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ВПЛОТЬ ДО РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОБЛАДАЕТ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЙ ПРЕПАРАТ 1) доксорубицин 2) дактиномицин 3) блеомицин 4) сарколизин
ОПК-1, ПК-9	5) У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ 1) спиронолактона, пропранолола, соталола 2) верапамила, дилтиазема, атенолола 3) бисопролола, дизопирамида, амиодарона 4) нитратов, дигидропиридинов, ингибиторов АПФ
ОПК-1, ПК-1	6) К ТЯЖЕЛЫМ СИСТЕМНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С РАЗРУШЕНИЕМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ 1) токсическая кардиомиопатия 2) инфекционный эндокардит 3) острый перикардит 4) миксоматозная дегенерация
ОПК-1, ПК-6	7) ПЯТНА РОТА (БЕЛЫЕ ПЯТНА НА ГЛАЗНОМ ДНЕ) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1) ревмокардита 2) артериальной гипертензии 3) синдрома Марфана 4) инфекционного эндокардита
ОПК-1, ПК-1	8) ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МИТРАЛЬНОГО

	КЛАПАНА ЭМБОЛИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ ВОЗМОЖНЫ В 1) головной мозг 2) легочную артерию 3) легкие 4) легочные вены
ОПК-1, ПК-1	9) ПОКАЗАНИЕМ К РАННЕМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) высокая лихорадка 2) ишемическая болезнь сердца 3) осложнение эмболического характера 4) ДВС-синдром
ОПК-1, ПК-1	10) КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ 1) плеврита, миокардита, асцита 2) перикардита, плеврита, пневмонита 3) лихорадки, кардиалгии, отеков нижних конечностей
ОПК-1, ПК-1	11) ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) появление вегетаций на клапанах при эхокардиографии 2) нарастание явлений сердечной недостаточности 3) значительное ускорение СОЭ 4) появление шумов в сердце
ОПК-1, ПК-9	12) ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОТИВОПОКАЗАН 1) верапамил 2) бисопролол 3) дигоксин 4) дилтиазем
ОПК-1, ПК-1	13) ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕСПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ 1) у части больных отмечается протеинурия 2) фактором риска является экстракция зубов 3) показателем эффективности лечения является нормализация СОЭ 4) одним из основных проявлений является сопутствующий перикардит
ОПК-1, ПК-9	14) В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СПРАВЕДЛИВОУТВЕРЖДЕНИЕ 1) кортикостероиды должны обязательно назначаться с первых дней лечения 2) антибактериальная терапия должна проводиться парентерально 3) длительность антибактериальной терапии составляет 2 недели 4) развитие миокардита является показанием к оперативному лечению
ОПК-1, ПК-1	15) ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ВСТРЕЧАЕТСЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ В АРТЕРИЮ 1) легочную 2) селезеночную 3) мезентериальную 4) почечную

ОПК-1, ПК-9	16) ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ 1) ингибиторов фосфодиэстеразы 2) антагонистов кальция (фенилалкиламинов) 3) ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента 4) ингибиторов карбоангидразы
ОПК-1, ПК-1	17) ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) повышение фракции выброса левого желудочка 2) снижение ударного объема и сердечного выброса 3) запаздывание открытия митрального клапана 4) уменьшение диастолического объема левого желудочка
ОПК-1, ПК-1	18) ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ РАЗВИВАЕТСЯ 1) острый тромбоз коронарных артерий 2) неспецифический коронариит 3) спазм коронарных артерий 4) относительная коронарная недостаточность
ОПК-1, ПК-6	19) ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) сердечная недостаточность 2) боль в грудной клетке 3) артериальная гипертензия 4) обмороки
ОПК-1, ПК-1	20) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) фонокардиография 2) электрокардиография 3) эхокардиография 4) рентгенография
ОПК-1, ПК-1	21) С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ 1) рентгенографию, плевральную пункцию, фибробронхоскопию, торакоскопию 2) фибробронхоскопию, ангиопульмонографию, компьютерную томографию 3) бронхографию, плевральную пункцию, МРТ 4) рентгенографию, торакоскопию
ОПК-1, ПК-1	22) НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ЗАСТОЯ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) плевральный выпот, чаще справа 2) интерстициальный отек легких с образованием линий Керли 3) альвеолярный отек в виде затемнения, распространяющегося от корней легких 4) перераспределение кровотока в пользу верхних долей и увеличение диаметра сосудов
ОПК-1, ПК-1	23) ОТЕК ЛЕГКИХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ 1) вертебро-базилярной дисциркуляции 2) истерии 3) инфаркте миокарда 4) ортостатической пробе

ОПК-1, ПК-1	24) СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ 1) 40-60 2) 0-18 3) 18- 30 4) 30-40
ОПК-1, ПК-1	25) НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ 1) боль в груди 2) сухой кашель 3) сосудистый коллапс 4) легочное кровотечение
ОПК-1, ПК-1	26) ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ 1) уменьшение в объеме 2) отставание при дыхании 3) притупление перкуторного звука 4) усиление голосового дрожания
ОПК-1, ПК-1	27)ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ 1) шум трения плевры 2) бронхиальное дыхание 3) усиление бронхофонии 4) ослабленное дыхание
ОПК-1, ПК-1	28)ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ 1) воздушная эмболия 2) викарная эмфизема 3) медиастинальная эмфизема 4) легочное кровотечение
ОПК-1, ПК-6	29) ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ 1) легочное кровотечение 2) викарная эмфизема 3) воздушная эмболия 4) медиастинальная эмфизема
ОПК-1, ПК-1	30) НАРАСТАНИЕ ОДЫШКИ, БОЛИ В ГРУДИ, ОДНОСТОРОННЕГО ПРИ ПЕРКУССИИ ТИМПАНИТА ИЛИ КОРОБОЧНОГО ЗВУКА, ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ШУМОВ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ 1) клапанный пневмоторакс 2) закрытый пневмоторакс 3) открытый пневмоторакс 4) пневмоперитонеум
ОПК-1, ПК-6	31) НАРАСТАНИЕ ОДЫШКИ, БОЛИ В ГРУДИ, ОДНОСТОРОННЕГО ПРИ ПЕРКУССИИ ТИМПАНИТА ИЛИ КОРОБОЧНОГО ЗВУКА, ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ШУМОВ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ 1) закрытый пневмоторакс

	2) клапанный пневмоторакс 3) открытый пневмоторакс 4) пневмоперитонеум
ОПК-1, ПК-9	32) ГЛАВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЮТСЯ 1) наложение пневмоперитонеума и наблюдение 2) наблюдение и лечение основного заболевания 3) кардиотропная терапия и аналептики 4) плевральная пункция, активный дренаж и аспирация
ОПК-1, ПК-1	33) ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ НЕ БУДЕТ ОСЛАБЛЕНО НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ 1) обтурационном ателектазе 2) компрессионном ателектазе 3) гидротораксе 4) фибротораксе, швартax
ОПК-1, ПК-1	34) ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ НЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ 1) интерстициальном отеке легких 2) эмфиземе легких 3) гидротораксе 4) бронхиолите
ОПК-1, ПК-1	35) ГИДРОТОРАКС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ 1) экссудата 2) крови 3) гноя 4) лимфы
ОПК-1, ПК-1	36) ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ НЕ БУДЕТ ОСЛАБЛЕНО НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ 1) гидротораксе 2) обтурационном ателектазе 3) компрессионном ателектазе 4) фибротораксе, швартax
ОПК-1, ПК-1	37) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) спирометрия 2) пульсоксиметрия 3) компьютерная томография 4) рентгенография
ОПК-1, ПК-1	38) ПРИ СНИЖЕНИИ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ОФВ1 < 50% ОТ ДОЛЖНОГО СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК 1) тяжелая 2) среднетяжелая 3) легкая 4) крайне тяжелая
ОПК-1, ПК-1	39) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ПОЛОСТИ В ЛЕГКОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) просветление с четким горизонтальным уровнем жидкости 2) просветление неправильной формы с неопределяющимся

	наружным контуром 3) кольцевидное затемнение с неровными краями и толстыми стеками 4) кольцевидное затемнение с четким наружным и внутренним контурами
ОПК-1, ПК-1	40) САККАДИРОВАННОЕ ДЫХАНИЕ НЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ 1) очаговом сужении бронхиол при бронхиолите 2) гипервентиляции 3) патологии регуляции дыхательных мышц 4) травме грудной клетки
ОПК-1, ПК-9	41) ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ 1) парацетамола 2) ампициллина 3) бисептола 4) аспирина
ОПК-6, ПК-7	42) БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03. И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЕМ К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО 1) продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления 2) продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима 3) продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима 4) оформить новый больничный лист
ПК-1, ПК-2	43) 1 ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ 1) больные, имеющие хронические заболевания в стадии субкомпенсации, осмотр 4 раза в год 2) практически здоровые: осмотр 1-2 раза в год (угрожаемые по хронизации патологии, частые ОРВИ, как первичная профилактика ХНЗЛ) 3) больные, имеющие хронические заболевания в стадии компенсации (обострения редкие, лечение эффективно, вне обострения сохраняют трудоспособность), осмотр 2 раза в год 4) здоровые: осмотр не менее 1 раза в год
ОПК-1, ПК-8	44) ВАКЦИНА ПРОТИВ ГРИППА НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ 1) больным гипертонической болезнью 2) людям с аллергией на куриные яйца 3) больным бронхиальной астмой 4) больным ХОБЛ
ОПК-1, ПК-9	45) ГРИПП МОЖНО ЛЕЧИТЬ С ПОМОЩЬЮ 1) противовирусных препаратов 2) ингаляционных кортикостероидов 3) антибиотиков 4) сульфаниламидов
ПК-8, ПК-9	46) У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ С ПРЕДПОЛАГАЕМОМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ ВИРУСАМИ ГРИППА В ДОПОЛНЕНИЕ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

	1) фенспирида гидрохлорида 2) оселтамивира 3) ацикловира 4) ремантадина
ОПК-1, ПК-1	47) В КЛИНИКЕ ГРИППА ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ 1) гепатолиенальный 2) диарейный 3) интоксикации 4) мионевралгический
ОПК-1, ПК-9	48) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЭГ ИНТЕРФЕРОНОМ АЛЬФА-2а РЕЖЕ, ЧЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2В, ВОЗНИКАЕТ 1) тромбоцитопения 2) нарушение функции щитовидной железы 3) нейтропения 4) гриппоподобный синдром
ОПК-1, ПК-1	49) НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ 1) в период эпидемии гриппа 2) через 48 часов после госпитализации 3) при наличии вторичного иммунодефицита 4) в результате аспирационного поражения
ПК-8, ПК-9	50) ТАКТИКА ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРИППА, ВЫЗВАННОГО ВЫСОКОПАТОГЕННЫМ ВИРУСОМ А (H1N1), ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ _____ МГ ОСЕЛЬТАМИВИРА 2 РАЗА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ 1) 75, 10 2) 150, 5 3) 150, 10 4) 75, 5
ОПК-1, ПК-1	51) К ИСТОЧНИКАМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ОТНОСЯТ 1) больного человека в первые пять дней болезни 2) вирусоносителя 3) домашних животных 4) птиц
ОПК-1, ПК-9	52) ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА НАЗНАЧАЮТ 1) санорин 2) антигриппин 3) парацетамол 4) осельтамивир (тамифлю)
ОПК-1, ПК-9	53) ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА ИСПОЛЬЗУЮТ 1) циклоферон 2) озельтамивир 3) терафлю 4) ацикловир
ОПК-1, ПК-9	54) ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ГРИППА ПРОВОДИТСЯ _____ ПРЕПАРАТАМИ 1) противовоспалительными 2) антибактериальными 3) иммуносупрессорными 4) противовирусными
ОПК-1, ПК-1	55) ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ

	1) высокой температуры тела, головной боли, миалгии, трахеита, непродуктивного насморка 2) субфебрильной температуры тела, ларингита, ринита 3) высокой температуры тела, увеличения миндалин, лимфатических узлов, фарингита 4) высокой температуры тела, конъюнктивита, фарингита
ОПК-1, ПК-1	56) СИНДРОМ ТРАХЕИТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1) риновирусной инфекции 2) парагриппа 3) гриппа 4) аденовирусной инфекции
ОПК-1, ПК-1	57) ОСЛОЖНЕНИЕ «ЛОЖНЫЙ КРУП» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1) риновирусной инфекции 2) парагриппа 3) аденовирусной инфекции 4) гриппа
ОПК-1, ПК-1	58) ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1) парагриппа 2) гриппа 3) менингита 4) аденовирусной инфекции
ОПК-1, ПК-9	59) НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ 1) введение гриппозных вакцин 2) закаливание организма 3) приём больших доз аскорбиновой кислоты 4) приём поливитаминных препаратов
ОПК-1, ПК-9	60) ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1) иммуносупрессия 2) гиперчувствительность к яичному белку 3) дисфункция почек 4) инсулинзависимый сахарный диабет
ОПК-1, ПК-1	61) АНГИОГРАФИЯ СОСУДОВ ПОЧЕК ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ 1) хронического пиелонефрита 2) мочекаменной болезни 3) миеломной болезни 4) поражения почечных сосудов
ОПК-1, ПК-9	62) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1) пенициллин 2) амоксиклав 3) сульфодимезин 4) эритромицит
ОПК-1, ПК-1	63) КАКОЙ ПРИЗНАК ОТЛИЧАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ ОТ ДРУГИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК 1) отек и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки 2) стойкая артериальная гипертензия 3) развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией

	4) выраженная уремическая интоксикация
ОПК-1, ПК-1	64) НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) наличие гематурии 2) выявление антител к базальной мембране клубочков 3) выявление бактериурии 4) наличие протеинурии
ОПК-1, ПК-9	65) ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ 1) оксациллин 2) гентамицин 3) азитромицин 4) карбенициллин
ОПК-1, ПК-1	66) К МАЛОВЕРОЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ 1) отеки 2) лихорадку 3) боли в поясничной области 4) частое мочеиспускание
ОПК-1, ПК-9	67) К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ОТНОСИТСЯ 1) рифаксимин 2) бисептол 3) метронидазол 4) ципрофлоксацин
ОПК-1, ПК-1	68) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ 1) антител к базальной мембране клубочков 2) бактериурии 3) гематурии 4) протеинурии
ОПК-1, ПК-9	69) ПРОФИЛАКТИКУ ПИЕЛОНЕФРИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С 1) 7 летнего возраста 2) 18 лет 3) подросткового возраста 4) рождения ребенка
ОПК-1, ПК-1	70) ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ 1) золотистый стафилококк 2) энтеробактерия 3) синегнойная палочка 4) смешанная флора
ОПК-1, ПК-1	71) ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ОСАДКЕ МОЧИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ 1) гиалиновые цилиндры 2) эпителиальные цилиндры 3) восковидные цилиндры 4) жироперерожденные цилиндры
ОПК-1, ПК-9	72) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ 1) дезагреганты

	2) глюкокортикостероиды 3) антикоагулянты 4) антибиотики
ОПК-1, ПК-1	73) КАКОЙ ПРИЗНАК ОТЛИЧАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ ОТ ДРУГИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК 1) развитие «сольтерющей почки» с артериальной гипотензией 2) стойкая артериальная гипертензия 3) отек и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки 4) выраженная уремическая интоксикация
ОПК-1, ПК-6	74) БОЛЬНАЯ, ЖЕНЩИНА 60 ЛЕТ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ИМЕЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (ДО 18-20 Г/СУТ), ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ БЕЛКА В ПЛАЗМЕ КРОВИ (95 Г/Л). ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1) хронический пиелонефрит 2) амилоидоз 3) хронический гломерулонефрит 4) миеломная болезнь
ОПК-1, ПК-6	75) ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) острая сердечная недостаточность 2) пиелонефрит 3) инфаркт миокарда 4) тромбоэмболия легочной артерии
ОПК-1, ПК-6	76) СОЧЕТАНИЕ ПРОТЕИНУРИИ, ЭРИТРОЦИТУРИИ, ГИПОПРОТЕИНЕМИИ, ОТЕКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1) пиелонефрита 2) мочекаменной болезни 3) острого гломерулонефрита 4) амилоидоза почек
ОПК-1, ПК-6	77) ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧАСТО СВЯЗАНА С 1) острым циститом 2) аденомой предстательной железы 3) хроническим пиелонефритом 4) острым гломерулонефритом
ОПК-1, ПК-6	78) ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО СМОРЩИВАНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ 1) нефроптоз 2) гломерулонефрит 3) амилоидоз 4) пиелонефрит
ОПК-1, ПК-6	79) ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА СЧИТАЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ 1) миеломной нефропатии 2) анальгетической нефропатии 3) хронического гломерулонефрита 4) хронического пиелонефрита
ОПК-1, ПК-1	80) ГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ 1) в момент поступления в госпиталь 2) через 48 и более часов после госпитализации 3) в первые 12 часов пребывания в госпитале

	4) в первые 24 часа пребывания в госпитале
ОПК-1, ПК-1	81) ПОД ТЕРМИНОМ «АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПОНИМАЮТ 1) вирусную бронхопневмонию 2) пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации 3) пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами 4) эозинофильный инфильтрат
ОПК-1, ПК-1	82) НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ ПНЕВМОНИЮ, ВОЗНИКШУЮ 1) у беременной женщины после 20 недель беременности 2) у ранее не леченного человека 3) у больного, лечившегося в домашних условиях от другого заболевания 4) позднее 48 часов после госпитализации человека
ОПК-1, ПК-1	83) ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) пневмония 2) пневмоторакс 3) панкреатит 4) пиелонефрит
ОПК-1, ПК-1	84) ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВШАЯСЯ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ГРИППА, С БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ВЫЗВАНА 1) палочкой Фридлендера 2) пневмококком 3) стафилококком 4) микоплазмой
ОПК-1, ПК-8	85) ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТА 77 ЛЕТ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРОВОДИТСЯ В 1) отделении общей реанимации 2) общетерапевтическом стационаре 3) отделении кардиологии 4) амбулаторных условиях
ОПК-1, ПК-9	86) ПРИ ПНЕВМОНИЯХ, ВЫЗВАННЫХ ПНЕВМОКОККОМ, МИКОПЛАЗМОЙ И ЛЕГИОНЕЛЛОЙ, ОДИНАКОВО ЭФФЕКТИВНО ДЕЙСТВУЕТ 1) ципрофлоксацин 2) амоксициллин 3) цефтриаксон 4) левофлоксацин
ОПК-1, ПК-9	87) БОЛЬНОМУ ПНЕВМОНИЕЙ С УКАЗАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ НА АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ НА ПЕНИЦИЛЛИН СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ 1) кларитромицин 2) амоксициллин 3) цефазолин 4) гентамицин
ОПК-1, ПК-1	88) 4АЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1) скудным выделением микобактерий туберкулеза

	2) обильным выделением микобактерий туберкулеза 3) редким выделением микобактерий туберкулеза 4) однократным выделением микобактерий туберкулеза
ОПК-1, ПК-1	89) ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ), ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА 1) спустя несколько часов после поступления в стационар 2) при поступлении в стационар 3) через 2-3 дня и более после госпитализации
ОПК-1, ПК-1	90) ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ТРЕБУЮЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ 1) пневмония, лихорадка лекарственного происхождения, туберкулез 2) пневмония 3) лихорадка лекарственного происхождения 4) туберкулез
ОПК-1, ПК-1	91) ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ЧАСОВ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ РАЗВИВАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ 1) 6-8 ч 2) 24 ч 3) 1 ч 4) 48 ч
ОПК-1, ПК-1	92) ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ ЗАТЯЖНОЙ, ЕСЛИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА СОХРАНЯЕТСЯ БОЛЕЕ ____ НЕДЕЛЬ 1) 3-х 2) 4-х 3) 2-х 4) 5-и
ОПК-1, ПК-1	93) КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) систолическое АД < 120 мм рт.ст. 2) ЧСС ≤ 22 в минуту 3) диастолическое АД > 100 мм рт.ст. 4) ЧСС ≥ 120 в минуту
ОПК-1, ПК-1	94) ФОРМАМИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ 1) бронхообулярный инфильтрат, округлый инфильтрат, облакообразный инфильтрат, казеозная пневмония 2) бронхообулярный инфильтрат, инфильтрат Астмана, лобит, казеозная пневмония 3) бронхообулярный инфильтрат, округлый инфильтрат, облаковидный инфильтрат, перисциссурит, лобит 4) бронхообулярный инфильтрат, округлый инфильтрат, облаковидный инфильтрат, перисциссурит, лобит, казеозная пневмония
ОПК-1, ПК-1	95) ПРИЧИНОЙ ГИПЕРЭОЗИНОФИЛИИ КРОВИ И ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ В ЛЕГКИХ МОГУТ БЫТЬ 1) аллергический бронхолегочный аспергиллез 2) экзема 3) внутрибольничная пневмония 4) обострение бронхита
ОПК-1, ПК-1	96) ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ТРЕБУЮЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ

	1) туберкулез 2) пневмония 3) лихорадка лекарственного происхождения 4) пневмония, лихорадка лекарственного происхождения, туберкулез
ОПК-1, ПК-1	97) ПОД ТЕРМИНОМ «АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПОНИМАЮТ 1) пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации 2) пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами 3) вирусную бронхопневмонию 4) эозинофильный инфильтрат
ОПК-1, ПК-6	98) СТОЙКУЮ И ДЛИТЕЛЬНУЮ ДИСФОНИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ 1) вдыхание ингаляционных кортикостероидов или курение 2) пневмония или туберкулез легких 3) папилломатоз или паралич гортани 4) мутация голоса или голосовая нагрузка
ПК-1, ПК-9	99) ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЗАМЕНЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ: 1) клиническая неэффективность (через 48-72 часа) 2) развитие побочных эффектов 3) уменьшение объема мокроты 4) верно 1, 2 5) верно все
ОПК-1, ПК-6	100) НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА И РВНС ЯВЛЯЕТСЯ 1) уровень трийодтиронина и тироксина в крови 2) йодопоглотительная функция щитовидной железы 3) уровень показателей основного обмена 4) содержание в крови холестерина

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. 3)	11. 1)	21. 1)	31. 2)	41. 1)	51. 1)	61. 4)	71. 1)	81. 3)	91. 4)
2. 4)	12. 3)	22. 4)	32. 4)	42. 2)	52. 4)	62. 2)	72. 4)	82. 4)	92. 2)
3. 2)	13. 4)	23. 3)	33. 2)	43. 4)	53. 2)	63. 1)	73. 3)	83. 1)	93. 4)
4. 1)	14. 2)	24. 4)	34. 4)	44. 2)	54. 4)	64. 3)	74. 4)	84. 3)	94. 3)
5. 4)	15. 1)	25. 1)	35. 1)	45. 1)	55. 1)	65. 2)	75. 1)	85. 2)	95. 1)
6. 2)	16. 3)	26. 2)	36. 3)	46. 2)	56. 3)	66. 1)	76. 3)	86. 4)	96. 4)
7. 4)	17. 2)	27. 4)	37. 2)	47. 3)	57. 2)	67. 4)	77. 2)	87. 1)	97. 2)
8. 1)	18. 4)	28.3)	38. 1)	48. 4)	58. 4)	68. 2)	78. 4)	88. 2)	98. 3)
9. 3)	19. 1)	29.4)	39. 4)	49. 2)	59. 1)	69. 4)	79. 1)	89. 3)	99. 2)
10.2)	20. 3)	30.1)	40. 2)	50. 4)	60. 2)	70. 2)	80. 2)	90. 1)	100.1)

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

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

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

Вариант X

ПК-1, ПК-2	1. СКОЛЬКО ЭТАПОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СОГЛАСНО ПРИКАЗУ №124Н? 1) 2 2) 3 3) 4 4) 5 5) нет этапов
ОПК-1, ПК-1	2. В ДИАГНОСТИКЕ ИБС НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) аускультативные данные 2) типичные анамнестические данные 3) ЭКГ 4) анализ крови (клинический и биохимический) 5) состояние гиподинамики
ОПК-1, ПК-1	3. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ХГ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН? 1) электрогастроскопия; 2) дуоденальное зондирование; 3) рентгеноскопия; 4) фиброгастроскопия; 5) рентгенография.
ПК-1, ПК-7	4. ВЫДАЕТСЯ ЛИ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БЕЖЕНЦАМ ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) выдается на общих основаниях 2) не выдается 3) выдается при наличии оформленного статуса беженца 4) выдается на усмотрения врача 5) выдается в специальном ЛПУ для беженцев
ПК-1, ПК-7	5. КТО ИЗ УКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА 1) врач, состоящий в штате ЛПУ 2) фельдшер здравпункта 3) врач СМП 4) врач санатория 5) врач судмедэксперт
ПК-1, ПК-7	6. БОЛЬНОЙ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ВЫРАЖЕННОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЕСЛИ ЭТО ПРИВЕЛО К НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ II СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) I группа инвалидности; 2) II группа инвалидности; 3) III группа инвалидности; 4) правильно 1 и 2. 5) правильно 1 и 3.
ПК-1, ПК-7	7. ЛИСТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЛИЦУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В ОТПУСКЕ БЕЗ СОХРАНЕНИЯ ЗАРПЛАТЫ ВЫДАЁТСЯ: 1) да; 2) нет; 3) при условии предоставления справки из поликлиники; 4) при наличии больничного листа

ПК-1, ПК-7	8. КАКОЙ ВЫДАЁТСЯ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, НЕ РАБОТАЮЩИХ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ 1) справка произвольной формы 2) лист нетрудоспособности 3)выписка из амбулаторной карты с указанием сроков временной нетрудоспособности 4) не выдается 5) справка установленной формы
ПК-1, ПК-7	9. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО СРОКА ПОСЛЕ УВОЛЬНЕНИЯ ПО УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ 1) в течение первых суток со дня увольнения 2) в течение 10 дней 3) в течение одного месяца 4) в течение одной недели 5) в течение 6 месяцев
ПК-1, ПК-7	10. БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БЕЗРАБОТНОМУ МОЖНО ВЫДАТЬ ПРИ УСЛОВИИ: 1) больничный лист не выдаётся; 2) можно только при ургентном заболевании; 3) можно при госпитализации; 4) при наличии документа о взятии на учет по безработице; 5) на усмотрение лечащего врача
ПК-1, ПК-7	11. ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ДНЕЙ ПОСЛЕ ВЫДАЧИ ПЕРВИЧНОГО БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА БОЛЬНОЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ НА ВК 1) через 10 дней 2) через 15 дней 3) через 30 дней 4) через 3 месяца при неблагоприятном трудовом прогнозе 5) через 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе
ПК-1, ПК-7	12. К КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО, РАНЕЕ РАБОТАВШЕГО УЧИТЕЛЕМ, У КОТОРОГО ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ (ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ) И СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ? ЭТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ II СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА: 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) I и III группе инвалидности
ПК-1, ПК-7	13. БЕЗРАБОТНЫЙ, СТОЯЩИЙ НА УЧЕТЕ В СЛУЖБЕ ТРУДА И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ОБРАТИЛСЯ В ПОЛИКЛИНИКУ ПО ПОВОДУ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, КОТОРОЕ ПРОЯВЛЯЛОСЬ УСИЛЕНИЕМ КАШЛЯ, УВЕЛИЧЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА МОКРОТЫ, ПОЯВЛЕНИЕМ СУБФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ. НУЖНО ЛИ ВЫДАТЬ ЕМУ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ? ЕСЛИ НУЖНО, ТО КАКОЙ? 1) не выдавать 2) справку произвольной формы

	3) выписку из амбулаторной карты 4) листок нетрудоспособности 5) правильно 2 и 3
ПК-1, ПК-7	14. НА КАКИЕ СРОКИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПО УХОДУ ЗА 9-МЕСЯЧНЫМ РЕБЕНКОМ РАБОТАЮЩЕМУ ЧЛЕНУ СЕМЬИ В СЛУЧАЕ БОЛЕЗНИ МАТЕРИ 1) на 5 дней 2) на 10 дней по решению ВК 3) на 3 дня 4) на весь срок болезни матери 5) до 30 дней
ПК-1, ПК-7	15. КАКОЙ ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЕТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ БЫТОВОЙ ТРАВМЕ? 1) никакой 2) листок нетрудоспособности 3) справка о бытовой травме 4) справка произвольной формы 5) верно 3 и 4
ПК-1, ПК-7	16. КТО РЕШАЕТ ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ 1) лечащий врач 2) заведующий отделением 3) ВК 4) ВК, по представлению лечащего врача и заведующего отделением 5) пациент
ПК-1, ПК-7	17. КАКОЙ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ СЛЕДУЕТ ВЫДАТЬ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ В ГОСТИ ИЗ КИЕВА 1) никакой 2) листок нетрудоспособности как иногороднему 3) справка произвольной формы 4) справка установленной формы 5) правильно 3 и 4
ПК-1, ПК-7	18. КТО ИМЕЕТ ПРАВО НАПРАВЛЯТЬ БОЛЬНЫХ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ 1) лечащий врач 2) зав. отделением 3) ВК лечебного учреждения по представлению лечащего врача 4) пациент 5) участковый терапевт
ПК-1, ПК-7	19. НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК МОЖЕТ ВЫДАТЬ ВРАЧ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОВРЕМЕННО 1) 3 дня 2) 6 дней 3) 15 дней 4) 10 дней 5) 20 дней
ПК-1, ПК-7	20. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧАСОВЩИКА, ЕСЛИ ПОСЛЕ ОТРАВЛЕНИЯ У НЕГО ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ (ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ) И СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ? ЭТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВИДЕ: ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ II СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ

	ПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) I и III группе инвалидности
ПК-1, ПК-7	21. КАК ОФОРМЛЯЕТСЯ ДУБЛИКАТ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В РАЗДЕЛЕ «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ» 1) в соответствии с записями врача в амбулаторной карте о продлении листка нетрудоспособности 2) одной строкой на весь период нетрудоспособности 3) принципиальной разницы в оформлении нет 4) в самопроизвольной форме 5) строго по специальной предоставленной форме
ПК-1, ПК-7	22. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: 1) 40- 50 дней 2) 25-40 дней 3) 60-90 дней 4) 7-14 дней 5) 14-22 дня
ПК-1, ПК-7	23. ЖЕНЩИНА ЗАБОЛЕЛА ВО ВРЕМЯ НЕДЕЛЬНОГО ОТПУСКА БЕЗ СОХРАНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ (ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА). С КАКОГО ДНЯ БОЛЕЗНИ ЕЙ ПОЛОЖЕН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) с первого дня болезни 2) с момента окончания отпуска без сохранения содержания 3) с 3-го дня болезни 4) со 2-го дня болезни 5) через 7 дней от начала заболевания
ПК-1, ПК-7	24. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ВЫДАЕТСЯ ЛЕЧЕБНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БОЛЕЗНИ ИЛИ ТРАВМЕ, ВОЗНИКШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ 1) никакой документ не выдается 2) справка произвольной формы 3) листок нетрудоспособности 4) листок нетрудоспособности с отметкой в нем о факте опьянения 5) справка установленной формы
ПК-1, ПК-7	25. ПО ДОРОГЕ НА РАБОТУ ПУТЕВОЙ ОБХОДЧИК ПОДВЕРНУЛ НОГУ. В ТРАВМПУНКТЕ ДИАГНОСТИРОВАЛИ РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК. НУЖЕН ЛИ ЭТОМУ ПАЦИЕНТУ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ, КТО ЕГО МОЖЕТ ВЫДАТЬ? 1) не нужен 2) нужен, врач травмпункта 3) нужен, врач поликлиники по месту жительства 4) по желанию пациента, врач поликлиники по месту жительства 5) любой врач
ПК-1, ПК-7	26. НАЗОВИТЕ СРОК ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ 3 ГРУППЫ 1) 1 раз в 2 года 2) ежегодно 3) 1 раз в 3 года 4) в переосвидетельствовании не нуждаются 5) 1 раз в 5 лет
ПК-1, ПК-7	27. В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОЕ ПРОИСШЕСТВИЕ) У ПАЦИЕНТА (РАБОТНИКА КАНЦЕЛЯРИИ) ИМЕЛО МЕСТО НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ПАМЯТИ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ, ВНИМАНИЯ) И

	НАСТУПИЛО ОГРАНИЧЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ I СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ I СТЕПЕНИ. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) верно 1 и 2 5) верно 1 и 3
ПК-1, ПК-7	28. КАКОЙ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, НЕ РАБОТАЮЩИМ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, ВЫДАЁТСЯ: 1) справка произвольной формы 2) лист нетрудоспособности 3) выписка из амбулаторной карты с указанием сроков временной нетрудоспособности 4) не выдается 5) на усмотрение врача, справка установленной формы
ПК-1, ПК-7	29. БОЛЬНОЙ ЛЕЧИЛСЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПОЛИКЛИНИКИ ПО ПОВОДУ ЭРОЗИВНОГО ГАСТРИТА. НА ПЯТЫЕ СУТКИ ЯВИЛСЯ В СТАЦИОНАР С ПРИЗНАКАМИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ. ВРАЧ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ 1) закрыла больничный лист 2) отказала больному в приеме в этот день 3) продлила больничный лист с отметкой о нарушении режима 4) закрыла больничный лист и выдала справку о том, что больной находился на лечении в дневном стационаре поликлиники 5) продолжила лечение
ПК-1, ПК-7	30. НА КАКОЙ СРОК СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ЕДИНОВРЕМЕННО И ЕДИНОЛИЧНО 1) до 5 дней 2) до 14 дней 3) до 20 дней 4) до 30 дней 5) до 50 дней
ПК-1, ПК-7	31. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН ПРИНЕСТИ ПАЦИЕНТ ДЛЯ ВЫДАЧИ ЕМУ ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЗАМЕН УТЕРЯННОГО 1) направление лечащего врача 2) объяснительную записку 3) справку с места работы о том, что в данное время пособие не оплачено 4) медицинское свидетельство
ПК-1, ПК-7	32. САНИТАРКА БОЛЬНИЦЫ ОБРАТИЛАСЬ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ И БОЛЯМИ В ГОРЛЕ. ВРАЧ ДИАГНОСТИРОВАЛ АНГИНУ. КТО МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЕЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ 1) врач приемного отделения 2) главный врач 3) врач поликлиники по месту жительства 4) врач инфекционного отделения 5) врач того отделения, где она работает
ПК-1, ПК-7	33. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО, ЕСЛИ У НЕГО ПОСЛЕ ТРАВМЫ ИМЕЕТ

	МЕСТО НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ (ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, КОНТРОЛЯ ЭМОЦИЙ) И СТАТОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ? ЭТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ III СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ III СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ III СТЕПЕНИ, НАРУШЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ III СТЕПЕНИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) никакой группе инвалидности
ПК-1, ПК-7	34. КТО ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ МАТЬ НАХОДИТСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ МАСТИТА 1) никто 2) бабушка, проживающая в соседнем доме 3) любой член семьи, ухаживающий за ребенком и проживающий в этой квартире 4) соседка, согласившаяся временно ухаживать за ребенком 5) отец ребёнка
ПК-1, ПК-7	35. КАКОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ УЧАЩЕМУСЯ ПТУ, ЕСЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЗНИКЛО В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ НЕОПЛАЧИВАЕМОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ 1) никакой документ не выдается 2) справка 095/у 3) справка произвольной формы 4) лист нетрудоспособности 5) справка 095/у и больничный лист
ПК-1, ПК-7	36. У БОЛЬНОГО ИБС ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫРАЖЕНО НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ЧТО ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВИДЕ ОГРАНИЧЕНИЯ САМООБСЛУЖИВАНИЯ II СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ III СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ II СТЕПЕНИ. СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО КАКОЙ-ЛИБО ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ 1) не соответствует 2) I группа инвалидности 3) II группа инвалидности 4) III группа инвалидности
ПК-1, ПК-7	37. СТУДЕНТ ЗАБОЛЕЛ ГРИППОМ (НЕОСЛОЖНЕННАЯ ФОРМА). КАКОЙ ДОКУМЕНТ НУЖНО ВЫДАТЬ, ЕСЛИ ОН ПОДРАБАТЫВАЕТ СТОРОЖЕМ В ДЕТСКОМ САДУ 1) справка о временной нетрудоспособности (095/у) 2) листок нетрудоспособности 3) справку и листок нетрудоспособности 4) справка произвольной формы в два места 5) никакой документ не выдается
ПК-1, ПК-7	38. БОЛЬНАЯ ЛЕЧИТСЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПОЛИКЛИНИКИ С ДИАГНОЗОМ «ОБОСТРЕНИЕ

	ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА». БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ОТКРЫТ 3 НЕДЕЛИ НАЗАД. НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СОСТОЯНИЕ СТАБИЛИЗИРОВАЛОСЬ, ОДНАКО НАКАНУНЕ ВЫПИСКИ ВЕЧЕРОМ ЗАМЕТИЛА В КАЛЕ ПРИМЕСЬ АЛОЙ КРОВИ (В АНАМНЕЗЕ ГЕМОРРОЙ). КАК РЕШАЕТСЯ ВОПРОС О ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОЙ 1) больничный лист закрывается, лечение геморроя проводится в домашних условиях 2) больничный лист закрывается, больной рекомендуется лечиться у проктолога амбулаторно 3) больная направляется на консультацию к проктологу, который после уточнения диагноза решает вопрос о нетрудоспособности 4) больничный лист продляется по основному заболеванию
ПК-1, ПК-7	39. КАКИЕ ВРАЧИ ИМЕЮТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) врачи домов отдыха 2) врачи туристических баз отдыха 3) врачи поликлиники аллергологического центра 4) врачи учреждений санэпиднадзора 5) врачебная комиссия
ПК-1, ПК-7	40. БОЛЬНОЙ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, НАХОДИТСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ. НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАТЬ ЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) 15 дней 2) 26 дней 3) 30 дней 4) 40 дней 5) до 60 дней
ПК-1, ПК-7	41. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ 1) обнаружение конкрементов в желчном пузыре при инструментальном обследовании 2) желчная колика 3) обнаружение большого количества лейкоцитов в дуоденальном содержимом 4) обнаружение паразитов в дуоденальном содержимом 5) обнаружение хронического холецистита
ПК-1, ПК-7	42. СКОЛЬКО СТЕПЕНЕЙ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ПРЕДУСМОТРЕНО СОГЛАСНО ПРИКАЗУ № 535 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КЛАССИФИКАЦИЙ И КРИТЕРИЕВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МСЭ...» 1) 2 степени 2) 3 степени 3) 4 степени 4) 5 степеней 5) 6 степеней
ПК-1, ПК-7	43. ВЫДАЕТСЯ ЛИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ИНВАЛИДОМ I ГРУППЫ 1) да 2) нет 3) выдаётся при наличии справки ВК 4) выдаётся при наличии справки из поликлиники
ПК-1,	44. НА СКОЛЬКО ДНЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕН ЛИСТОК

ПК-7	НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧОМ СТАЦИОНАРА, ПРИ ВЫПИСКЕ ИНОГОРОДНЕГО, ЕСЛИ ОН ОСТАЕТСЯ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ 1) не продлевается, открывается новый по месту жительства 2) на семь дней без учета проезда к месту жительства 3) до 10 дней с учетом проезда к месту жительства 4) до 1 месяца с учетом проезда к месту жительства 5) до 2-х недель с учетом проезда к месту жительства
ПК-1, ПК-7	45. НА КАКОЙ СРОК ВЫДАЕТСЯ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ РАБОТНИКАМ ОБЩЕПИТА, ВОДОСНАБЖЕНИЯ, ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НИХ ГЕЛЬМИНТОЗА 1) на 7 дней 2) на 10 дней 3) на весь период дегельминтизации 4) до 2-х недель 5) до 30 дней
ПК-1, ПК-7	46. ЖЕНЩИНА ВО ВРЕМЯ ОТПУСКА ПО УХОДУ ЗА ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ 3 МЕСЯЦЕВ ЗАБОЛЕЛА АППЕНДИЦИТОМ И БЫЛА ГОСПИТАЛИЗИРОВАНА В СТАЦИОНАР. КОМУ МОЖНО ВЫПИСАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ И НА КАКОЙ СРОК 1) отцу на 7 дней 2) работающей бабушке, совместно проживающей в одной квартире, на 2 недели 3) любому члену семьи на срок стационарного лечения 4) листок нетрудоспособности не выдается 5) только женщине
ПК-1, ПК-7	47. БОЛЬНОЙ, РАНЕЕ РАБОТАВШИЙ ВОДИТЕЛЕМ АВТОМОБИЛЯ, БЫЛ УЧАСТНИКОМ АВАРИИ. В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРАВМЫ У НЕГО ВЫЯВЛЕНО УМЕРЕННОЕ НАРУШЕНИЕ СТАТОДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ, КОТОРОЕ ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ I СТЕПЕНИ, ОГРАНИЧЕНИЮ СПОСОБНОСТИ К ПЕРЕДВИЖЕНИЮ I СТЕПЕНИ. КАКОЙ ГРУППЕ ИНВАЛИДНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО 1) I группа инвалидности 2) II группа инвалидности 3) III группа инвалидности 4) IV группа инвалидности
ПК-1, ПК-7	48. БОЛЬНОЙ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИНЯЛ БОЛЬШУЮ ДОЗУ СНОТВОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ. БЫЛ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, ОТКУДА САМОВОЛЬНО УШЕЛ УТРОМ НА ВТОРЫЕ СУТКИ. В ЭТОТ ЖЕ ДЕНЬ ВЫЗВАЛ НА ДОМ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА, КОТОРЫЙ ВЫЯВИЛ У БОЛЬНОГО ПРИЗНАКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ, ГИПОТОНИЮ). КАКОЙ ДОКУМЕНТ И С КАКОГО ДНЯ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ РАБОТЫ 1) больничный лист с первого дня заболевания 2) справка произвольной формы 3) больничный лист со второго дня болезни 4) никакой документ не выдается
ПК-1, ПК-2	49. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ - ЭТО 1) медицинский осмотр, осуществляемый в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации, направленных на раннее выявление факторов риска, неинфекционных заболеваний, влияющих на здоровье, продолжительность жизни человека

	2) комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации, направленных на раннее выявление факторов риска, неинфекционных заболеваний, влияющих на здоровье, продолжительность жизни человека 3) своевременное выявление и динамическое наблюдение здоровых лиц, а также лиц с хроническими заболеваниями, своевременная коррекция факторов риска заболеваний 4) верно 2, 3 5) это предупреждение заболеваний и осложнений при болезнях у отдельных личностей, является основой индивидуальной профилактики
ПК-1, ПК-2	50. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ НЕ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 1) отсутствие признаков обострения 2) снижение сроков временной нетрудоспособности 3) присоединение других хронических заболеваний 4) изменение группы инвалидности 5) первичный выход на инвалидность
ПК-1, ПК-2	51. К ТРЕТЬЕЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ (Д-3), НАБЛЮДАЕМОЙ УЧАСТКОВЫМ ТЕРАПЕВТОМ, ОТНОСЯТСЯ 1) здоровые, не предъявляющие жалоб, в анамнезе и при осмотре которых не выявлены хронические заболевания и физикальные нарушения 2) лица, с пограничными состояниями 3) практически здоровые лица, у которых в анамнезе острые и хронические заболевания, но не имеющие несколько лет обострений 4) лица с факторами риска 5) больные с хроническими заболеваниями, нуждающиеся в лечении
ПК-1, ПК-2	52. РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИМ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ 1) только при неосложненном течении 2) больным до 50-летнего возраста 3) при отсутствии сопутствующих заболеваний 4) всем по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда
ПК-1, ПК-2	53. КАК ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТСЯ К ТЕРАПЕВТУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 1 СТЕПЕНИ (Д-3) 1) 2 РАЗА В ГОД 2) 1 раз в год 3) 3-6 раз в год 4) до 8 раз в год 5) 1-2 раза в год
ПК-1, ПК-2	54. СОГЛАСНО КАКОМУ ПРИКАЗУ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ НА УЧАСТКЕ УЧАСТКОВЫМ ТЕРАПЕВТОМ 1) приказ № 555 2) приказ № 90 3) приказ № 411 4) приказ № 770 5) приказ № 55н
ПК-1,	55. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

ПК-7	В СТАЦИОНАРЕ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ ВЫДАЕТСЯ 1) на весь период пребывания больного в стационаре 2) на 10 койко-дней 3) на весь период пребывания в стационаре и время проезда к месту лечения и обратно 4) на 26 дней 5) на весь период пребывания в стационаре
ПК-1, ПК-7	56. СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОРЗ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ: 1) Тяжестью течения 2) Наличием осложнений больного 3) Профессией 4) Видом возбудителя 5) Возрастом
ПК-1, ПК-7	57. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ПОЛИКЛИНИКОЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ 1) днем направления на МСЭ 2) днем регистрации документов в МСЭ 3) днем освидетельствования 4) больничный лист должен быть закрыт на 3-й день после освидетельствования в БМСЭ
ПК-1, ПК-7	58. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ПОЛИКЛИНИКА МОЖЕТ ПРОДЛЕВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) до 1 месяца 2) до выздоровления 3) до 4 месяцев 4) не более 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе 5) без ограничения срока
ПК-1, ПК-7	59. РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ МСЭ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) возраст пациент 2) допущенные дефекты в лечении 3) ходатайство предприятия, на котором работает больной 4) неблагоприятный трудовой прогноз 5) просьба пациента
ПК-1, ПК-7	60. БОЛЬНОЙ ИМЕЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03 НА ПРИЕМ ПРИШЕЛ 26.03 С ОБЪЕКТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ. КАК СЛЕДУЕТ ОФОРМИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) продлить с 23.03 до выздоровления 2) то же, но дополнительно сделать отметку о нарушении режима 3) продлить с 26.03 до выздоровления, сделав отметку о нарушении режима 4) оформить новый листок нетрудоспособности, а старый закрыть с 23.03 5) не продлевать
ПК-1, ПК-7	61. ЖЕНЩИНАМ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И РОЖДЕНИЯ ЖИВОГО РЕБЕНКА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА СРОК 1) 86 дней 2) 120 дней 3) 140 дней 4) 156 дней 5) 180 дней
ПК-1,	62. НА КАКОЙ СРОК ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК

ПК-7	НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 1) листок нетрудоспособности выдается на 3 дня 2) листок нетрудоспособности выдается на 10 дней 3) листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее 3 дней 4) листок нетрудоспособности не выдается 5) листок нетрудоспособности выдается до 30 дней
ПК-1, ПК-7	63. НА КАКОЙ МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 1) листок нетрудоспособности выдается на 12 часов 2) листок нетрудоспособности выдается на 1 день 3) листок нетрудоспособности выдается на 2 дня 4) листок нетрудоспособности выдается на 3 дня 5) листок нетрудоспособности выдается на 1 час
ПК-1, ПК-7	64. НА КАКОЙ СРОК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ II ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ 1) на 1 год 2) на 2 года 3) без указания сроков (бессрочно) 4) на 6 месяцев 5) на 4 месяца
ПК-1, ПК-7	65. НА КАКОЙ СРОК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ III ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ 1) на 1 год 2) на 2 года 3) на 6 месяцев 4) без указания сроков (бессрочно) 5) на 16 дней
ПК-1, ПК-2	66. СКОЛЬКО ГРУПП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СОГЛАСНО ПРИКАЗУ №124Н 1) три 2) две 3) четыре 4) пять 5) шесть
ПК-1, ПК-2	67. СОГЛАСНО КАКОМУ ПРИКАЗУ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ СТАРШЕ 18 ЛЕТ, РАБОТАЮЩИХ И НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН 1) приказ № 124Н 2) приказ № 90 3) приказ № 411 4) приказ № 770 5) приказ № 55н
ПК-1, ПК-2	68. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 3 СОГЛАСНО ПРИКАЗУ №124Н 1) граждане, у которых не установлены ХНИЗ, отсутствуют ФР развития таких заболеваний или имеются указанные ФР при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) 2) граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании 3) граждане, у которых не установлены ХНИЗ, имеются ФР развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном

	сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) 4) верно 1, 3 5) верно 2, 3
ПК-1, ПК-2	69. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 1 СОГЛАСНО ПРИКАЗУ №124Н 1) граждане, у которых не установлены ХНИЗ, отсутствуют ФР развития таких заболеваний или имеются указанные ФР при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) 2) граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании 3) граждане, у которых не установлены ХНИЗ, имеются ФР развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) 4) верно 1, 3 5) верно 2, 3
ПК-1, ПК-2	70. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 2 СОГЛАСНО ПРИКАЗУ №124Н 1) граждане, у которых не установлены ХНИЗ, отсутствуют ФР развития таких заболеваний или имеются указанные ФР при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) 2) граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании 3) граждане, у которых не установлены ХНИЗ, имеются ФР развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) 4) верно 1, 3 5) верно 2, 3
ПК-1, ПК-7	71. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ 15 ДНЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ 1) лечащий врач лечебно-профилактического учреждения 2) заведующий отделением лечебно-профилактического учреждения 3) врачебная комиссия медицинской организации 4) бюро медико-социальной экспертизы 5) участковый терапевт
ПК-1, ПК-7	72. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ВЫДАЕТСЯ СО ДНЯ 1) установления нетрудоспособности при врачебном освидетельствовании 2) начала заболевания 3) обращения к врачу в лечебно-профилактическое учреждение 4) не выдается 5) верно 1, 3
ПК-1, ПК-7	73. ТАКТИКА ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА ПРИ ОТКАЗЕ БОЛЬНОГО ОТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТНУЮ КОМИССИЮ 1) закрыть листок нетрудоспособности 2) сделать отметку в листке нетрудоспособности «отказ от проведения

	медико-социальной экспертизы» 3) послать письменную форму в бюро МСЭ 4) не закрывать больничный лист 5) правильно 1, 2
ПК-1, ПК-7	74. УКАЖИТЕ КРИТЕРИИ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ ГРАЖДАНИНА ИНВАЛИДОМ 1) нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма 2) ограничение жизнедеятельности, обусловленное нарушением здоровья 3) необходимость осуществления мер социальной защиты вследствие социальной недостаточности 4) ограничение жизнедеятельности 5) закрытая черепно – мозговая травма
ПК-1, ПК-7	75. КРИТЕРИИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ II ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ 1) нарушение здоровья со стойким умеренным расстройством функции организма 2) ограничение способности к передвижению 1-й степени 3) ограничение способности к трудовой деятельности 2-й, 3-й степени 4) ограничение способности к самообслуживанию 2-й степени 5) правильный ответ 3, 4
ПК-1, ПК-7	76. КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ 1) днем направления на МСЭ 2) днем регистрации документов на МСЭ 3) днем освидетельствования в МСЭ 4) датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ
ОПК-1, ПК-1	77. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА У ТЕРАПЕВТА В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ? 1) 29 мин 2) 17,7 мин 3) 18 мин 4) 20 мин 5) 5 мин
ОПК-1, ПК-1	78. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА НА ДОМУ? 1) 2 мин 2) 20 мин 3) 30 мин 4) 1,5 часа 5) 60 мин
ПК-1, ПК-2	79. ЧЕРЕЗ КАКИЕ ИНТЕРВАЛЫ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР УЧАСТКОВЫМ ТЕРАПЕВТОМ ЛИЦ, ПЕРЕНЁСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ОКОНЧИВШУЮСЯ ПОЛНЫМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ? 1) через 2, 4, 8 месяцев 2) через 6, 12 месяцев 3) через 1, 3 и 6 месяцев 4) через 1 месяц через 1, 2 месяца
ПК-1, ПК-2	80. КАКИЕ УЗКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИВЛЕКАЮТСЯ К ОСМОТРУ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНИХИТОМ? 1) отоларинголог 2) отоларинголог, стоматолог

	2) стоматолог 3) терапевт 4) стоматолог, терапевт
ПК-1, ПК-2	81. КАКОВА КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ УЧАСТКОВЫМ ТЕРАПЕВТОМ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ? 1) 4 раза в год 2) 3 раза в год 3) 1 раз в год 4) 5 раз в год 5) 6 раз в год
ПК-1, ПК-2	82. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОСТОЯЩИЕ НА УЧЕТЕ У УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА 1) I 2) II 3) III 4) 0 5) IV
ПК-1, ПК-2	83. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ, ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ СОСТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ У УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА 1) 2-3 раза 2) 1-2 раза 3) 5-6 раз 4) по необходимости 5) более 10 раз
ПК-1, ПК-7	84. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 1) 45-60 дней 2) 25-30 дней 3) 30-45 дней 4) до 20 дней 5) 7-10 дней
ПК-1, ПК-7	85. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 1) 45-60 дней; 2) 60-75 дней; 3) 65-80 дней; 4) 30-40 дней; 5) до 120 дней.
ПК-1, ПК-7	86. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 1) 20-26 дней 2) 26-32 дня 3) 48-55 дней 4) 8-12 дня 5) 50-60 дней
ОПК-1, ПК-1	87. ПРИЗНАКАМИ ИНКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ 1) желтуха

	2) частые потери сознания 3) высокое содержание глюкозы в крови и моче 4) увеличение печени 5) креаторея, стеаторея
ОПК-1, ПК-1	88. КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ 1) биохимическое исследование желчи 2) внутривенная холецистография 3) ультразвуковая диагностика с завтраком яйца, сметана 4) лапароскопия 5) дуоденальное зондирование
ПК-1, ПК-6	89. ПРИ СОЧЕТАНИИ МЕЛЕНЫ И ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ 1) кровоточащую язву ДПК 2) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода 3) тромбоз мезентериальных артерий 4) язвенный колит 5) геморрагический диатез
ОПК-1, ПК-1	90. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ: 1) снижение МВЛ 2) снижение ЖЕЛ 3) снижение индекса Тиффно 4) снижение показателей МОД 5) снижение всех показателей
ОПК-1, ПК-1	91. ПОД ВЛИЯНИЕМ КАКИХ СРЕДСТВ ПОДЖЕЛУДочНАЯ ЖЕЛЕЗА УВЕЛИЧИВАЕТ СЕКРЕЦИЮ СОКА И БИКАРБОНАТОВ? 1) секретина 2) молока 3) атропина 4) аскорбиновой кислоты 5) холецистокинина
ОПК-1, ПК-1	92. НАЛИЧИЕ КАКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ? 1) снижение гематокрит 2) снижение цветового показателя 3) снижение гемоглобина 4) гипербилирубинемия 5) снижение количества лейкоцитов
ПК-1, ПК-6	93. МУЖЧИНА 40 ЛЕТ НАПРАВЛЕН К УЧАСТКОВОМУ ТЕРАПЕВТУ, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ПРОФОСМОТРА, ПО ПОВОДУ ПОВЫШЕНИЯ АД. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: В АНАЛИЗЕ МОЧИ БЕЛОК 1,2 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ 10-15 В П/ЗР, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС 1012. ПРИ УЗИ ПОЧЕК ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО, МОЧЕВИНА И КРЕАТИНИН КРОВИ – НОРМАЛЬНЫЕ. В АНАМНЕЗЕ – БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО 1) гипертоническая болезнь 2) хронический пиелонефрит 3) хронический гломерулонефрит 4) подагрическая нефропатия 5) вторичный амилоидоз почек
ОПК-1, ПК-1	94. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ РЕДКО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ НАСТУПАЮТ 1) 1 раз в 15 лет 2) 2 раза в год

	3) 3 раза в год 4) 1-2 раза в 2-3 года 5) не наступает вообще
ПК-1, ПК-7	95. УКАЖИТЕ ЧИСЛО СУЩЕСТВУЮЩИХ УРОВНЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВН: 1) 2 2) 3 3) 5 4) 7 5) 1
ПК-1, ПК-7	96. КАК РАЗГРАНИЧИТЬ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПО ЕЁ ХАРАКТЕРУ: 1) стойкая, временная 2) полная, частичная 3) существенная, несущественная 4) по общему заболеванию, травме 5) верно 1, 2
ПК-1, ПК-6	97. У БОЛЬНОЙ, 42 ЛЕТ, ЖАЛОБЫ НА ДИЗУРИЮ, СУБФЕБРИЛЬНУЮ ТЕМПЕРАТУРУ, В АНАЛИЗЕ МОЧИ ВЫЯВЛЕН БЕЛОК 0,033 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ ДО 20-30 В П/ЗРЕНИЯ, БАКТЕРИИ +++, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС 1010, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ – ДЕФОРМАЦИЯ ЧАШЕЧНО ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОБЕИХ ПОЧЕК, МОЧЕВИНА КРОВИ – 7 ММОЛЬ/Л. У БОЛЬНОЙ 1) острый пиелонефрит 2) мочекаменная болезнь 3) хронический пиелонефрит 4) вторичный амилоидоз почек 5) хронический гломерулонефрит
ПК-1, ПК-7	98. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫДАЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ НА СРОК 1) до 3-х дней; 2) до 7 дней по решению ВК; 3) до 10 дней; 4) правильно 1, 2 5) правильно 1, 3
ПК-1, ПК-7	99. КАКИЕ ВРАЧИ ИМЕЮТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА? 1) государственных учреждений, имеющих лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности 2) верно 1,3,5 3) частной системы здравоохранения, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности 4) все, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности 5) муниципальных учреждений, имеющих лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
ПК- 1, ПК-2	100. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 3 СОГЛАСНО ПРИКАЗУ №124Н 1) граждане, у которых не установлены ХНИЗ, отсутствуют ФР развития таких заболеваний или имеются указанные ФР при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) 2) граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании

	3) граждане, у которых не установлены ХНИЗ, имеются ФР развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) 4) верно 1, 3 5) верно 2, 3
--	--

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1.2)	11.2)	21.2)	31.3)	41.4)	51.5)	61.3)	71.4)	81.1)	91.4)
2.5)	12.3)	22.5)	32.1)	42.1)	52.4)	62.4)	72.2)	82.3)	92.3)
3.3)	13.4)	23.5)	33.3)	43.4)	53.5)	63.1)	73.2)	83.1)	93.3)
4.2)	14.1)	24.4)	34.3)	44.5)	54.4)	64.5)	74.3)	84.2)	94.4)
5.3)	15.5)	25.2)	35.4)	45.2)	55.2)	65.4)	75.3)	85.1)	95.5)
6.1)	16.4)	26.4)	36.2)	46.1)	56.3)	66.1)	76.2)	86.1)	96.2)
7.3)	17.3)	27.3)	37.5)	47.2)	57.3)	67.1)	77.2)	87.3)	97.3)
8.2)	18.3)	28.2)	38.3)	48.1)	58.3)	68.2)	78.3)	88.1)	98.5)
9.3)	19.3)	29.1)	39.3)	49.2)	59.4)	69.1)	79.3)	89.2)	99.5)
10.3)	20.1)	30.4)	40.2)	50.3)	60.5)	70.3)	80.2)	90.3)	100.2)

Критерии оценки результатов тестирования по пятибалльной системе:

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

Код компетенций	Вопросы к экзамену по дисциплине «Поликлиническая терапия»
ПК-1, ПК-7	Листок нетрудоспособности, его функции, общее положение о выдаче.
ПК-1, ПК-7	Медико-социальная экспертная комиссия (МСЭК), её состав, задачи, документация.
ОПК-1, ПК-1	Задачи и функции участкового терапевта
ПК-1, ПК-7	Классификация нетрудоспособности. Клинический и трудовой прогнозы.
ОПК-1, ПК-1	Этапы, цели, задачи реабилитации.
ПК-1, ПК-2	Диспансеризация больных и здоровых на терапевтическом участке, характеристика диспансерных групп. Приказ 124н.
ОПК-1, ПК-1	Поликлиника, основные задачи и ее структурная организация.
ПК-1, ПК-7	Врачебная комиссия (ВК), состав, задачи.
ПК-1, ПК-2	Группы здоровья, их характеристика. Приказ 124н.
ОПК-1, ПК-1	Врачебный участок, виды. Особенности медицинского обслуживания сельского населения.
ОПК-1, ПК-1	Первичная врачебная медико-санитарная помощь. Приказ №543.
ОПК-1, ПК-1	Дневной стационар поликлиники.
ПК-1, ПК-7	Листок нетрудоспособности, его функции. Приказы №№ 624н, 31н.
ПК-1, ПК-7	Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. Пр. №№ 624н, 31н.
ОПК-6, ПК-1	Документация участкового врача.
ПК-1, ПК-7	Порядок направления граждан на МСЭ.
ОПК-1, ПК-1	Участковый терапевт, его функциональные обязанности. Паспорт участка.

ПК-1, ПК-2	Особенности медицинского обслуживания промышленных предприятий. Приказ №302н.
ПК-15, ПК-16	Показания, противопоказания к санаторно-курортному лечению, лечебные факторы.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной нетрудоспособности.
ПК-1, ПК-10	Принципы оказания неотложной помощи в поликлинике.
ПК-1, ПК-7	Критерии стойкой нетрудоспособности.
ПК-1, ПК-2	Методика наблюдения за больными, перенесшими острые заболевания (ангина, пневмония, гломерулонефрит).
ПК-1, ПК-7	Приказы, регламентирующие стойкую нетрудоспособность.
ПК-1, ПК-7	Категории жизнедеятельности.
ПК-1, ПК-2	Медицинские осмотры. Приказ №302н.
ПК-1, ПК-7	Группы инвалидности, характеристика.
ОПК-1, ПК-1	Структурные подразделения поликлиники.
ПК-1, ПК-7	Понятие и виды инвалидности.
ОПК-6, ПК-1	Документация терапевта поликлиники.
ПК-1, ПК-2	Принципы проведения диспансеризации на терапевтическом участке.
ПК-1, ПК-7	Состав Бюро МСЭ, документация при направлении на освидетельствование.
ПК-6, ПК-9	ГЭРБ в практике терапевта поликлиники.
ПК-1, ПК-8	Диагностика язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в условиях поликлиники.
ПК-1, ПК-15	Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда.
ПК-1, ПК-7	Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы.

ПК-6, ПК-9	Грипп, клиника, диагностика, лечение, специфическая и неспецифическая профилактика.
ПК-6, ПК-9	Гипертоническая болезнь, дифференциальная диагностика, лечение.
ПК-6, ПК-9	В12-дефицитная анемия в практике терапевта поликлиники.
ПК-9, ПК-16	Медикаментозная и немедикаментозная терапия, санаторно-курортное лечение больных хроническим бронхитом, первичная и вторичная профилактика.
ПК-6, ПК-9	Острые респираторные заболевания в практике участкового врача. Врачебно-трудовая экспертиза.
ПК-9	Принципы лечебного питания при заболеваниях внутренних органов.
ПК-1, ПК-6	Дифференциальная диагностика железодефицитной и В12-дефицитной анемий.
ПК-6, ПК-9	Хронический гастрит: классификация, клиника, диагностика, лечение.
ПК-6, ПК-8	Особенности течения и лечения соматических заболеваний в пожилом и старческом возрасте.
ПК-6, ПК-9	Гломерулонефрит в практике терапевта поликлиники Дифференциальная диагностика с хроническим пиелонефритом и геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.
ПК-1, ПК-9	Особенности течения и лечения соматических заболеваний при беременности.
ПК-6, ПК-9	Пиелонефрит в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-9	Миокардиты в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-9	Цирроз печени в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-9	Хронический гломерулонефрит в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-9	Хронический пиелонефрит в практике терапевта поликлиники.

ПК-6, ПК-9	Хронический панкреатит в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-9	Ревматоидный артрит. Дифференциальный диагноз на поликлиническом этапе.
ПК-6, ПК-9	Подагра в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-9	Остеоартроз в практике терапевта поликлиники.
ПК-6, ПК-9	Функциональные заболевания желудка. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-6, ПК-9	Затяжной субфебрилитет в практике терапевта поликлиники.
ПК-15, ПК-16	Санаторно-курортный этап реабилитации при заболеваниях внутренних органов. Реабилитация фитосредствами заболеваний внутренних органов на поликлиническом этапе.
ПК-1, ПК-2	Образовательные программы для пациентов: астма-, пульмо-, кардио-, гастро- школы. Составить примерную тематику занятий в обучающей школе для пациентов.
ПК-6, ПК-9	Хронический холецистит: классификация, клиника, диагностика, лечение.
ПК-6, ПК-9	Железодефицитная анемия в практике терапевта поликлиники.
ПК-1, ПК-2	ЗОЖ, составляющая здоровья человека. Центры здоровья, роль в повышении профилактической направленности населения.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ИБС.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ХОБЛ.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при гипертонической болезни.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ГЭРБ.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при пневмонии.

ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ОРВИ.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при бронхиальной астме.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при РВНС.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при миокардите.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при кардиомиопатии.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ЖДА.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при В12-дефицитной анемии.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом гастрите.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ЯБЖ и ДПК.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом панкреатите.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом холецистите.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом гломерулонефрите.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом пиелонефрите.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при хроническом гепатите.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при ДЖВП.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при функциональной диспепсии желудка.
ПК-1, ПК-7	Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при

	циррозе печени.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при ОКС, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при отеке легких, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при гипертоническом кризе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при сердечной астме, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при желчной колике, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при почечной колике, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при инфаркте миокарда на догоспитальном этапе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при вагоинсулярном и симпатoadреналовом кризах, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при астматическом статусе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при осложненном гипертоническом кризе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при синусовой брадикардии, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при неосложненном гипертоническом кризе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при АВ-блокаде 2-3 степени, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при приступе ХОБЛ, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при остром животе, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, выписать рецепты.

ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при пароксизме мерцательной аритмии, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при кардиогенном шоке, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при синусовой тахикардии, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при частой желудочковой экстрасистолии, выписать рецепты.
ПК-9, ПК-10	Неотложная помощь при инфаркте миокарда, выписать рецепты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 $\mu\text{mol} / \text{l}$, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) Negative.

Рентгенография ОГК: корни легких структурные, без инфильтративных теней.

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Проведите экспертизу трудоспособности, определите критерии, сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? (ОПК-1, ПК-1).
4. Проведите дифференциальную диагностику (ОПК-1).
5. Лечение. Противовирусные препараты. Выпишите рецепты (ПК-9).
6. Нуждается ли пациент в освобождении от занятий физической культурой? Как оформляются рекомендации по трудовой деятельности? (ОПК-1).
7. Диспансерное наблюдение после перенесенного заболевания (ПК-2).
8. Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения. Целевые показатели. (ОПК-1, ПК-7).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Больная П., 23 лет, студентка, жалуется на заложенность носа, слезотечение, першение в горле, сухой кашель, слабость, повышение температуры тела до $38,6^{\circ}\text{C}$. Заболела 3 дня назад. Была в контакте с пациентом с подобными жалобами. В анамнезе перенесенные острые респираторные заболевания, ангины по 2-3 раза в году, аллергию отрицает. При объективном обследовании больной: общее состояние средней тяжести. Пониженного питания, вес 65 кг, рост 175 см. Температура тела $38,2^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы гиперемированы, теплые на ощупь, чистые, сыпи нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка цилиндрической формы, тип нормостеничный. Над легкими перкуторно выявляется ясный легочный звук. При пальпации голосовое дрожание выражено умеренно, болезненности нет. При перкуссии над легкими ясный легочный звук. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 75 ударов в минуту. АД 100/80 мм. рт.ст. Конъюнктивы глаз умеренно инъектированы, гиперемированы. Нос заложен, при осмотре слизистая гиперемирована. При осмотре зева - резкая гиперемия слизистой оболочки миндалин, мягкого неба, небных дужек, задней стенки глотки, отмечается гиперплазия фолликулов, миндалины «рыхлые», выступают за край небных дужек. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 10-8-7 см., край мягкий, эластичный, селезенка не пальпируется, симптом Ровзинга отрицательный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, оформленный 1 раз в день, мочеиспускание не нарушено.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Провести экспертизу трудоспособности, критерии и сроки нетрудоспособности, определить показания для госпитализации (ОПК-6, ПК-7).
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? (ОПК-1, ПК-1).
4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
5. Назначьте лечение. Выпишите рецепты (ПК-9).
6. Диспансерное наблюдение после перенесенного заболевания (ПК-2).
7. Индивидуальная программа реабилитации и абилитации. Значение в улучшении качества жизни пациентов (ПК-2, ПК-7).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

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

ЛОР-врач: слизистая носа набухшая, отечная, гиперемированная, зев гиперемирован, гиперплазия фолликулов, миндалины «рыхлые».

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? (ОПК-1, ПК-1).
3. Проведите экспертизу нетрудоспособности, определите критерии, сроки нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
4. Определите лечебную тактику. Назначьте медикаментозное, немедикаментозное лечение. Выпишите рецепты (ПК-9).
5. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1, ПК-1).
6. Определите группу диспансерного наблюдения, составьте план лечебно-профилактических мероприятий (ПК-2).
7. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данном состоянии? (ПК-10).
8. Основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинических медицинских организаций (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больная Н., 24 лет, поступила с жалобами на головную боль, сердцебиение, ноющие боли в области сердца, сильную слабость, озноб. Данное состояние возникло 1,5 часа назад. Сначала появилось некоторое беспокойство, чувство тревоги, после чего началось сердцебиение, возникли неприятные ощущения в области сердца, появился озноб. Больная свое состояние связывает с ссорой с мужем. До этого периодически после нервных переживаний отмечала дискомфорт в области сердца, сухость кожи, плохую переносимость шума, высокой температуры внешней среды, некоторое ухудшение состояния после кофе, иногда небольшую мышечную дрожь. Работает преподавателем в школе. Мать страдала гипертонической болезнью. При осмотре больная беспокойна, астенического телосложения, повышенный блеск глаз, мидриаз, бледность кожных покровов, руки холодные на ощупь, белый дермографизм, $t 37,6^{\circ}\text{C}$. Щитовидная железа не увеличена. Периферические лимфоузлы мягкие, подвижные, безболезненные, размером до 1 см. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно – ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 105 ударов в минуту, АД 145/85 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 1,5 см. кнутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, безболезненный. Размеры по Курлову 10-9-7 см. Стул 1 раз в день, оформленный. Диурез 5 раз в день. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного (ПК-8).
3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу (определите вид трудоспособности, ориентировочные сроки нетрудоспособности, критерии нетрудоспособности, проведите рациональное трудоустройство (ОПК-6, ПК-7).
4. Назначьте лечение с применением медикаментозных и немедикаментозных (фито-, физиотерапия, санаторно-курортное лечение) средств на разных этапах реабилитации. Выпишите рецепты (ПК-9).
5. Назовите группу диспансерного наблюдения и напишите план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данном заболевании? (ПК-10).
7. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1, ПК-1).
8. Развитие профилактического направления здравоохранения на современном этапе (ПК-2, ПК-16).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования:

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

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

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

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

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Назначьте необходимые дополнительные исследования для подтверждения диагноза и установления степени функциональных нарушений (ОПК-1, ПК-1).
3. Определите лечебную тактику и показания для госпитализации. Выпишите рецепты (ПК-9).
4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1, ПК-1).
5. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).
6. Проведите экспертизу трудоспособности, определить критерии нетрудоспособности, ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
7. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий на период после выздоровления, определите группу диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Виды медицинских осмотров, их профилактическое значение (ПК-2).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $7.2 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $4.7 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 12.8 g / dL, HCT (гематокрит) 43%, PLT (тромбоциты) $190 \cdot 10^3 / \text{mL}$, COЭ 16 мм/ч, LYM (лимфоциты) 39%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 3%, моноциты 8%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 50%.

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

Рентгенография ОГК: повышение воздушности легких в верхней доле слева.

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

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

1. Поставьте развернутый клинический диагноз? (ПК-6).
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и установления степени функциональных нарушений. (ОПК-1, ПК-1).
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1, ПК-1).
4. Проведите врачебно-трудовую экспертизу: определите вид нетрудоспособности, ориентировочные сроки, критерии нетрудоспособности, решите вопрос рационального трудоустройства (ОПК-6, ПК-7).
5. Какие лечебные мероприятия показаны? (ПК-9).
6. Виды медицинских осмотров, их значение в охране здоровья населения (ПК-2).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Больной Н., 40 лет, работает адвокатом, обратился в регистратуру «Бережливой поликлиники» с жалобами на упорные ноющие боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку, левую лопатку, приступы сердцебиения, слабость, головные боли. Боли в сердце не снимаются нитроглицерином. Пациент своевременно без очереди попал на прием к участковому терапевту. При сборе анамнеза выявлено, что все вышеперечисленные жалобы каждый раз возникали на следующий день после нервных переживаний, связанных с конфликтом по работе, имели различную продолжительность (от нескольких минут до нескольких часов), уменьшались при приеме настойки пустырника, валерианы. К концу приступа выделялось большое количество светлой мочи, на этот раз приступ затянулся до 1,5 суток. В детстве отмечал частые ангины. Мать страдала гипертонической болезнью. При осмотре больного отмечается беспокойство больного, повышенная раздражительность. Состояние удовлетворительное, повышенного питания (рост -160 см, масса тела -96 кг), гиперстенического телосложения, влажные кожные покровы, бледно-розовые, белый дермографизм. Грудная клетка симметрична, тип нормостеничный, равномерно участвует в акте дыхания. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук, голосовое дрожание выражено умеренно, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца левая – от левой среднеключичной линии на 2 см. кнутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. ЧСС 98 ударов в минуту, АД 145/95 мм рт. ст. на правой руке, 140/80 мм. рт.ст. на левой руке. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, размеры по Курлову 10-8-7 см. Поколачивание по поясничной области боли не вызывает. Стул 1 раз в день, оформленный. Диурез до 6-9 раз в день. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $6.1 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.2 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 14.2 g / dL, HCT (гематокрит) 43%, PLT (тромбоциты) $213 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 3 мм/ч, LYM (лимфоциты) 37%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 6%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 53%. ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.022, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 μmol / l, NIT (соли) Positive, LEU (лейкоциты) 1-2-1.

Рентгенография ОГК: корни структурные, инфильтративных теней не выявлено.

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

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

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

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

1. Каким образом будет заполняться электронная амбулаторная карта? (ОПК-6).
2. Сколько по времени должен принять участковый врач согласно проекту «Бережливая поликлиника»? (ОПК-1, ПК-1).
3. Каким образом планируется разграничить потоки больных и распределение труда медицинских работников? (ОПК-1, ПК-1).
4. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
5. Определите тактику ведения больного на всех этапах лечения согласно проекту «Бережливая поликлиника» (ПК-8).

6. Окажите медицинскую помощь при неотложном состоянии (ПК-10).
7. Назначьте комплексное медикаментозное лечение на разных этапах реабилитации. Выпишите рецепты (ПК-9).
8. Центры здоровья. Их роль в профилактике заболеваний (ПК-15, ПК-16).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Больной Ш., 25 лет, работает водителем, вызвал врача на дом в связи с жалобами на сильные слабость, головокружение, тошноту, ощущение нехватки воздуха, замирание в области сердца, сильную потливость. Данное состояние начало развиваться 3 часа назад, когда появилось чувство дурноты, слабость, потливость, после чего появилась тошнота, дважды была рвота, не принеся облегчения, жидкий стул, дискомфорт в животе, слюнотечение, самочувствие несколько улучшалось в горизонтальном положении. Свое состояние связывает с ухудшением отношений в семье. Ранее отмечал постоянно потливость рук, низкое АД, часто беспричинное разжижение стула без субъективных жалоб. Эпид. анамнез не отягощен. В детстве неоднократные ангины. Отмечает аллергическую реакцию на пыльцу растений в виде ринита.

При осмотре: нормостенического телосложения, умеренного питания, кожа гиперемирована, влажная, чистая, сыпи нет, красный дермографизм. Грудная клетка не изменена. Над легкими перкуторно выявляется ясный легочный звук. При пальпации голосовое дрожание выражено умеренно, болезненность не определяется. Дыхание везикулярное, число дыханий - 20 в минуту, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца левая – по левой среднеключичной линии на 2,0 см. кнутри в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 56 ударов в минуту, АД 80/55. При поверхностной и глубокой пальпации живота - небольшая болезненность по всему животу, отмечаются урчание, симптомы раздражения брюшины отрицательны, t 36,3.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $7.2 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.0 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 13.8 g / dL, HCT (гематокрит) 42%, PLT (тромбоциты) $198 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 7 мм/ч, LYM (лимфоциты) 35%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 6%, моноциты 3%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 56%.

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

Рентгенография ОГК: корни структурные, инфильтративных теней не выявлено.

Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 4.75, BIL-T (обилирубин) 0.57, ALT 14.1, AST 16.2, UREA (мочевина) 43.2, CREA (креатинин) 0.79, TP (о. белок) 7.19, CHOL (ХС) 194Н.

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

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

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Назначьте комплексное лечение с применением медикаментозных и немедикаментозных (фито-, физиотерапии, санаторно-курортное лечение) средств на всех этапах реабилитации. Выпишите рецепты (ПК-9).
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Проведите врачебно-трудовую экспертизу (определите вид трудоспособности, критерии,

ориентировочные сроки нетрудоспособности, проведите рациональное трудоустройство) (ПК-7).

5. Определите тактику ведения больной (ПК-8).

6. Назовите группу диспансерного наблюдения и напишите план диспансерного наблюдения (ПК-2).

7. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).

8. Права пациента согласно Федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

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

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $4.5 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.31 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.7 g / dL, HCT (гематокрит) 38.6%, PLT (тромбоциты) $225 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 12 мм/ч, LYM (лимфоциты) 35.1%, (MXD) базофилы 1%, эозинофилы 7%, моноциты 4%, NEUT (сегменто-ядерные нейтрофилы) 52.9%.

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

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

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

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

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 86 уд. в мин., ЭОС вертикальная, нарушение проводимости по предсердиям в v1, v2, нарушение процессов реполяризации во II, III стандартных отведениях

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Назначьте необходимые исследования (ОПК-1).
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Определите трудоспособность, назовите критерии и сроки нетрудоспособности (ПК-7).
5. Выберите тактику лечения. Выпишите рецепты (ПК-9).
6. Назначьте мероприятия по профилактике обострения (ПК-1).
7. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).
8. Показатели здоровья населения Республики Башкортостан (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Больной К., 50 лет, дворник, обратился к врачу с жалобами на боли в области сердца, появившиеся после работы на улице в холодную ветреную погоду. Боли носили сжимающий характер, локализовались в загрудинной области, иррадиировали в левую челюсть, продолжались около 5 минут, после приема валидола не исчезли. Прохожие предложили таблетки нитроглицерина, которые купировали боли. Сразу обратился к участковому врачу. Во время приема боли отсутствуют, чувствует себя хорошо. В анамнезе - сахарный диабет, по поводу которого он состоит на диспансерном учете у эндокринолога 6 лет. Медикаментозное лечение не получает, рекомендована диета. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям со стороны матери. Питание регулярное, разнообразное. Хронические заболевания: периодически отмечает повышение АД на медицинских осмотрах. При осмотре кожные покровы обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрическая, тип гиперстенический. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Дыхание в легких везикулярное. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 76 ударов в минуту. При пальпации живот безболезненный, печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, безболезненный, размеры по Курлову 10-9-8 см. Периферических отеков нет. Стул 1 раз в день, оформленный. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

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

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

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного (ПК-8).
3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу (определите вид трудоспособности, ориентировочные сроки нетрудоспособности, критерии, проведите рациональное трудоустройство) (ОПК-6, ПК-7).
4. Назначьте реабилитационные мероприятия (ПК-1).
5. Назначьте медикаментозное лечение. Выпишите рецепты (ПК-9).
6. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).
7. Назовите группу диспансерного наблюдения. Напишите план диспансерного наблюдения в течение года (ПК-2).
8. Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

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

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

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

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

Эхо-КГ: АО (аорта) 27 мм, АО (аорта) восход. 37 мм, ЛП (левое предсердие) 37 (51*41) мм, МЖП (межжелудочковая перегородка) 9 мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 8 мм, ПЖ (правый желудочек) 33 мм, ПП (правое предсердие) 53*40 мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 5,1 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,1 см, КДО (конечный диастолический объем) 145 мл, КСО (конечный систолический объем) 45 мл, УО (ударный объем) 100 мл, ФВ (фракция выброса) 69%. Зоны асинергии не выявлены. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ (левого желудочка) отсутствуют.

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

На ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС 86 уд. в минуту, ЭОС горизонтальная, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, в отведениях v_5 , v_6 депрессия сегмента ST более 1 мм. В сравнении с ЭКГ месячной давности динамика отрицательная.

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного на всех этапах лечения (ПК-8).
3. Окажите медицинскую помощь при неотложном состоянии (ПК-10).
4. Назначьте комплексное медикаментозное лечение на разных этапах реабилитации. Выпишите рецепты (ПК-9).
5. Назначьте немедикаментозное лечение на всех этапах реабилитации: диетотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение и др. (ПК-1).
6. Проведите врачебно-трудовую экспертизу: определите вид нетрудоспособности, ориентировочные сроки нетрудоспособности, решите вопрос рационального трудоустройства (ОПК-6, ПК-7).

7. Определите группу диспансерного наблюдения, составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Социально-правовые основы охраны здоровья инвалидов (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Больной Ч., 57 лет, судья, в настоящее время жалуется на инспираторную одышку при умеренной физической нагрузке, пастозность голеней, учащенное сердцебиение, быструю утомляемость, слабость. Такое состояние наблюдается в течение 2 суток. В анамнезе - два года назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда, повышение артериального давления более 2 лет. Принимает дезагреганты, бета-блокаторы, иАПФ, диуретики. При осмотре – повышенного питания, кожные покровы бледные, слегка влажные, акроцианоз. Грудная клетка цилиндрической формы, нормостенического типа. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца левая – от левой среднеключичной линии на 1,0 см. кнаружи в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Сердечные тоны приглушены, аритмичны, систолический шум на верхушке. АД 130/80 мм. рт.ст., ЧСС 100 ударов в минуту. Пульс асимметричен на обеих руках, учащен, 90 ударов в минуту, высокий, напряженный, дефицит пульса. При пальпации живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край мягкий, эластичный, размеры по Курлову 13-10-8 см. Пастозность с/3 голеней. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 umol / l, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) 1-2-3.

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

Эхо-КГ: АО (аорта) 26мм, АО (аорта) восход.36мм, ЛП (левое предсердие) 37 (52*45)мм (увеличение), МЖП (межжелудочковая перегородка) 9мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 10мм, ПЖ (правый желудочек) 33мм, ПП (правое предсердие) 51*40мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 4,9 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,3 см, КДО (конечный диастолический объем) 145 мл, КСО (конечный систолический объем) 60 мл, УО (ударный объем) 85мл, ФВ (фракция выброса) 58,6%. Зоны асинергии. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ (левого желудочка) отсутствуют.

Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 4.5, BIL-T (о.билирубин) 0.57, ALT 20, AST 22, UREA (мочевина) 64.2, CREA (креатинин) 0.79, TP (о. белок) 7.9, CHOL (ХС) 200H.

ЭКГ: мерцание предсердий, ЧСС 100 уд. в мин., ЭОС отклонена влево, признаки гипертрофии левого желудочка, рубцовые изменения в v5, v6, I, II отведениях, нарушение реполяризации по типу систолической перегрузки в v5, v6. Ранее на ЭКГ мерцательной аритмии не было.

УЗИ ОБП: Печень: Размеры: правая доля 175 мм, левая доля 68 мм. Контуры ровные. Эхоструктура неоднородная. Эхогенность: повышена. Желчный пузырь: Контуры ровные. Размеры: 73*28мм. Толщина стенки 3мм. Форма грушевидная. Содержимое (эхоотрицательное). Поджелудочная железа: Контуры ровные. Эхоструктура однородная. Эхогенность: умеренная. Размеры: головка 24мм. Тело 20мм. Хвост 27мм.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного (ПК-8).
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Проведите врачебно-трудовую экспертизу (определите вид нетрудоспособности, критерии, ориентировочные сроки нетрудоспособности, проведите рациональное трудоустройство) (ОПК-6, ПК-7).
5. Назначьте реабилитационные мероприятия (ПК-1).
6. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).
7. Определите группу диспансерного наблюдения и напишите план диспансерного наблюдения

(ПК-2).

8. Бюджет здравоохранения и источники формирования (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Больной О., 56 лет, работает автослесарем. При осмотре участковым врачом на дому предъявляет жалобы на боли за грудиной при малейшей физической нагрузке, отмечает учащение и увеличение интенсивности приступов болей, инспираторную одышку, пастозность голеней. Установлено, что больной находился в стационаре по поводу инфаркта миокарда 6 месяцев назад. Через 3 месяца был выписан к труду с рекомендациями по рациональному трудоустройству. Однако продолжал работать автослесарем. Почувствовал ухудшение состояния и вызвал участкового врача. В анамнезе гипертоническая болезнь (максимальное АД 165/100 мм.рт.ст.), по поводу которой постоянно получал медикаментозное лечение (сартаны). В настоящее время при осмотре в состоянии покоя акроцианоз. Кожные покровы сухие, чистые. Умеренного питания. Грудная клетка цилиндрической формы, гиперстенического типа. Перкуторно ясный легочный звук, при аускультации дыхание ослабленное везикулярное, единичные хрипы. Границы относительной тупости сердца левая – от левой среднеключичной линии на 2,0 см. наружи в V межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца глухие, ритмичные, АД 140/105 мм. рт. ст., ЧСС 110 ударов в минуту, отеки на ногах до 1/3 голеней, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край болезненный, мягкий, эластичный, размеры по Курлову 13-10-9 см.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

ОАК: WBC (лейкоциты) $5.5 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $4.33 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 12.6g / dL, HCT (гематокрит) 40.5%, PLT (тромбоциты) $224 \cdot 10^3 / \text{mL}$, СОЭ 7 мм/ч, LYM (лимфоциты) 34,4%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 6%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 55.6%.

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 5.5, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 3.2 $\mu\text{mol} / \text{l}$, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

Рентгенография ОГК: усиленный легочный, бронхиальный рисунки, корни расширены, синусы не свободные.

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

Биохимический анализ крови: GLU (глюкоза) 5,0 BIL-T (о.билирубин) 0.47, ALT 46, AST 50, UREA (мочевина) 54.2, CREA (креатинин) 0.99, TP (о. белок) 8.9, CHOL (ХС) 200H.

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного (ПК-8).
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Медикаментозное лечение. Выпишите рецепты (ПК-9).

5. Проведите врачебно-трудовую экспертизу (определите вид трудоспособности, критерии, ориентировочные сроки нетрудоспособности, проведите рациональное трудоустройство) (ОПК-6, ПК-7).
6. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).
7. Назовите группу диспансерного наблюдения и напишите план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению. (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

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

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

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

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

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

Консультация окулиста - уплотнение расширение артерий и сужение вен сетчатки.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного (ПК-8)/
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Медикаментозное лечение. Выпишите рецепты (ПК-9).
5. Проведите врачебно-трудовую экспертизу (определите вид трудоспособности, критерии, ориентировочные сроки нетрудоспособности, проведите рациональное трудоустройство) (ОПК-6, ПК-7).
6. Назначьте реабилитационные мероприятия (ПК-1).
7. Назовите группу диспансерного наблюдения и напишите план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Организация скорой и неотложной медицинской помощи населению (ОПК-1, ПК-10).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

Эхо-КГ: АО (аорта) 27 мм, АО (аорта) восход. 36мм, ЛП (левое предсердие) 37 (49*41)мм, МЖП (межжелудочковая перегородка) 9мм, ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) 9мм, ПЖ (правый желудочек) 33мм, ПП (правое предсердие) 50*40мм, КДР (конечный диастолический размер) лж 5,2 см, КСР (конечный систолический размер) лж 4,3 см, КДО (конечный диастолический объем) 120 мл, КСО (конечный систолический объем) 40 мл, УО (ударный объем) 80мл, ФВ (фракция выброса) 66,7%. Зоны асинергии не выявлены. Нижняя полая вена не изменена. Наличие жидкости в плевральных полостях, в перикарде не обнаружено. Допплерография: без особенностей. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ (левого желудочка) отсутствуют.

Окулист: ангиосклероз сосудов сетчатки с гипертензией.

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

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного (ПК-8).
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Медикаментозная терапия. Выпишите рецепты (ПК-9).
5. Проведите врачебно-трудовую экспертизу (определите вид трудоспособности, ориентировочные сроки нетрудоспособности, проведите рациональное трудоустройство) (ОПК-6, ПК-7).
6. Назначьте реабилитационные мероприятия (ПК-1).
7. Назовите группу диспансерного наблюдения и напишите план диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Здоровье населения. Факторы его формирующие (ОПК-1, ПК-16).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

Участковый врач вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до $38,5^{\circ}\text{C}$, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле, одышку. До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний легких не было. Курит по 10 сигарет в день, 5 лет, закуривает после пробуждения через 30 минут. Аллергия к пенициллину, аспирину. Контакта с больными не было. При обследовании: Состояние средней степени тяжести. Температура $37,8^{\circ}\text{C}$, положение больного активное. Умеренного питания. Кожные покровы бледно-розовые, горячие на ощупь, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, тип нормостенический, в акте дыхания левая половина грудной клетки отстаёт. Частота дыхания 28 в минуту. При пальпации ослабление голосового дрожания слева ниже угла лопатки, там же локально определяется участок болезненности. Голосовое дрожание над остальными участками легких выражено умеренно. Ограничение подвижности нижних краёв легких слева, укорочение перкуторного звука в подлопаточной области слева, при аускультации в легких ослабленное везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: левая – от левой средне-ключичной линии кнутри на 1,5 см. в V межреберье, правая – поправому краю грудины, верхняя – по III ребру. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 82 удара в минуту. АД 120/75 мм. рт.ст. Язык обложен налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край мягкий, эластичный, безболезненный, размеры по Курлову 9-7-6 см. Стул 1 раз в день, оформленный. Диурез 4 раза в день. Со стороны других органов и систем без особенностей.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $11,9 \cdot 10^3 / \text{mL}$, RBC (эритроциты) $4,28 \cdot 10^6 / \text{mL}$, HGB (гемоглобин) 12.3g / dL, HCT (гематокрит) 39.1%, PLT (тромбоциты) $188 \cdot 10^3 / \text{mL}$, СОЭ 17 мм/ч, LYM (лимфоциты) 30.8%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 5%, моноциты 11%, NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 53.2%.

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

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

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

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

1. О каком заболевании следует думать? Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Назначьте необходимые исследования для подтверждения диагноза (ОПК-1).
3. Проведите экспертизу трудоспособности. Критерии. Сроки (ОПК-6, ПК-7).
4. Выберите тактику лечения, определите показания для госпитализации (ПК-8).
5. Назначьте комплексное медикаментозное и немедикаментозное лечение. Выпишите рецепты (ПК-9).
6. Определите группу диспансерного наблюдения, составьте план лечебно-профилактических мероприятий (ПК-2).
7. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данном состоянии? (ПК-10).
8. Врачебная комиссия, задачи (ОПК-1, ПК-7).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

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

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

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Negative, KET (кетонотелы) Negative, SG (удельный вес) 1.026, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Positive, UBG (уробилиноген) 3.2 $\mu\text{mol} / \text{l}$, NIT Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

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

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

Спирография – FEV1 (ОФВ1) 48%.

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

1. Симптомы какого заболевания выявил врач? Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ОПК-1, ПК-6).
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза и степени функциональных нарушений? (ОПК-1).
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Проведите экспертизу трудоспособности (определите вид нетрудоспособности, критерии, ориентировочные сроки нетрудоспособности) (ОПК-6, ПК-7).
5. Определите тактику лечения, показания для госпитализации. Выпишите рецепты (ПК-8, ПК-9).
6. Определите группу диспансерного наблюдения и составьте план лечебных профилактических мероприятий (ПК-2).
7. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).
8. Виды временной нетрудоспособности, порядок выдачи листка нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

Больной 43 лет, повар, курит с 14 лет по полпачке в день, закуривает через 5 минут после пробуждения. Обратился в поликлинику с жалобами на температуру 37,6°C. Ухудшение состояния после переохлаждения. В течение 4-х лет беспокоит надсадный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, не приносящий облегчения, одышка при нагрузке. Перенесенные заболевания: хронический бронхит, хронический панкреатит, остеохондроз позвоночника. Аллергию отрицает. При объективном обследовании состояние средней тяжести. Питания повышенного, вес 92 кг, рост 176 см. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Лимфатические узлы пальпируются в подмышечной области справа, мягкие эластичные, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью. Шейные вены при вдохе не спадаются. При осмотре грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон, перкуторно определяется коробочный звук. Дыхание жесткое с удлинённым выдохом, в боковых отделах дискантовые хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧД 26 в минуту. Границы сердца: правая наружи на 0,5 см от правого края грудины, левая на 2 см наружи от средне-ключичной линии. Верхушечный толчок разлитой в V межреберье. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева. Пульс 96 ударов в минуту, напряжённый. АД 160/90 мм. рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен в размерах за счет слоя подкожного слоя жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край закругленный, мягкий, безболезненный. Выявляется умеренная болезненность паравертебральных точек в нижнегрудных и поясничной областях. Стул 1 раз в день. Отеков нет.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-96 уд. в минуту, ЭОС вертикальная, нарушения процессов реполяризации, нарушения проведения по предсердиям в v1, v2, стандартных отведениях - II, III. Рентгенография ОГК: корни легких «тяжистые», расширены, усиление бронхиального рисунка. Увеличение правых контуров сердца.

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Интерпретируйте показатели ОФВ1 (ОПК-1).
3. Назначьте необходимые исследования для подтверждения диагноза и установления степени функциональных нарушений со стороны органов дыхания и сердца (ОПК-1).
4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
5. Проведите экспертизу трудоспособности (определите вид нетрудоспособности, критерии, ориентировочные сроки нетрудоспособности, проведите рациональное трудоустройство) (ОПК-6, ПК-7).
6. Определите тактику лечения, показания для госпитализации (ПК-8).
7. Назначьте комплексное лечение: медикаментозное, немедикаментозное, ЛФК, фитотерапию. Выпишите рецепты (ПК-1, ПК-9).
8. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности: основные показатели, экономическое значение (ОПК-1, ПК-7)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

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

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

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-94 уд. в минуту. ЭОС вертикальная, нарушения процессов реполяризации в v1, v2, v5, v6, стандартных отведениях – I, II, III.

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза и степени функциональных нарушений? (ОПК-1, ПК-6).
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
3. Проведите экспертизу трудоспособности, сроки, критерии временной нетрудоспособности (ПК-7).
4. Назначьте комплексное лечение: медикаментозное, немедикаментозное, санаторно-курортное лечение. Выпишите рецепты (ПК-1, ПК-9).
5. Какие нестложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).
6. Определите группу диспансерного наблюдения и план лечебно-профилактических мероприятий (ПК-2).
7. Назначьте стандарты оказания медицинской помощи (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

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

Рентгенография ОГК: корни структурные, усиление сосудистого рисунка.

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

1. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-6).
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? (ОПК-1).
3. Определите трудоспособность. Критерии. Сроки (ПК-7).
4. Выберите тактику ведения пациента (ПК-8).
5. Назначьте медикаментозное, немедикаментозное, санаторно-курортное лечение. Выпишите рецепты (ПК-1, ПК-9).
6. Определите диспансерную группу больного (ПК-2).
7. Составьте план комплексных реабилитационных мероприятий (ПК-1).
8. Основные этапы диспансеризации населения. Показатели объема, качества и эффективности диспансеризации (ОПК-1, ПК-2).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

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

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-90 уд. в минуту. ЭОС вертикальная, нарушения процессов реполяризации в v1, v2, стандартных отведениях - II, III.

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Назначьте необходимые дополнительные исследования для подтверждения диагноза и установления степени функциональных нарушений? (ОПК-1).
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Определите трудоспособность, критерии, сроки и показания для госпитализации (ПК-7).
5. Назначьте медикаментозное, немедикаментозное, санаторно-курортное лечение. Выпишите рецепты (ПК-1, ПК-9).
6. Определите тактику ведения больного (ПК-8).
7. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).
8. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-92 уд. в минуту. ЭОС вертикальная, нарушения процессов реполяризации, нарушения проведения по предсердиям в v1, v2, стандартных отведениях - II, III. Рентгенография ОГК: корни легких «тяжистые», усиление, бронхиального, сосудистого рисунков, повышенная воздушность легких, синусы не свободные.

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

1. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-6).
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать заболевание? (ОПК-1).
3. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза? (ОПК-1).
4. Тактика ведения больного, определить показания для госпитализации (ПК-8).
5. Провести экспертизу трудоспособности, порядок выдачи листка нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
6. Определить показания для направления больного на МСЭ (ПК-7).
7. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).
8. Основные принципы охраны здоровья граждан согласно Федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23

Мужчина 45 лет, строитель, страдает хроническим панкреатитом алкогольной природы, последнее обострение - 4 недели назад. Длительность заболевания 17 лет. Обострения патологического процесса в поджелудочной железе не имеют четко установленного сезонного характера и связаны с злоупотреблением алкоголя. Курит 12 лет по полпачке в день, закуривает через 5 минут после пробуждения. Обратился на прием с жалобами на боли в левой половине грудной клетки в течение последней недели, ноющего характера, постоянные, вздутие, газообразование, тошнота, сухость во рту, чередование стула. В течение 2 недель алкоголь не употребляет. Состояние средней степени тяжести. При первичном осмотре температура 38°. Умеренного питания. Кожные покровы бледноваты, теплые, сухие. Склеры умеренно иктеричны. Язык обложен бело-серым налетом, больше у корня, влажный. Дыхание жесткое. В этой же области отмечается притупление перкуторного звука, голосовое дрожание усилено. ЧД 24 в мин., ЧСС 100 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены, ртмичные. При поверхностной и глубокой пальпации болезненность в холедохопанкреатической зоне (Шоффара). В позе Гротта 1 определяется плотноватый малоблезненный тяж в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания положительный слева. Стул 3 раза в день, кашицеобразный, золотистого цвета, зловонный. Диурез 6 раз в день.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

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

Рентгенография ОГК: корни уплотнены, без инфильтративных теней.

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного: наличие показаний к госпитализации, необходимое дообследование, консультации специалистов (ОПК-1, ПК-8).
3. Укажите ориентировочные сроки нетрудоспособности. Критерии (ПК-7).
4. Определите наличие признаков стойкой нетрудоспособности, порядок направления на МСЭ (ПК-7).
5. Определите группу диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назначьте необходимый комплекс реабилитационных мероприятий (ПК-1).
7. Определите показания и вид санаторно-курортного лечения (ОПК-1, ПК-1).
8. Организация деятельности дневного стационара (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 24

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

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

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

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного: амбулаторное лечение или госпитализация, место госпитализации (ПК-8).
3. Назначьте необходимое дообследование с целью уточнения диагноза и определения степени функциональных нарушений. Назначьте необходимые консультации (ОПК-1).
4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
5. Определите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности с учетом пребывания больного в стационаре (ПК-7).
6. Определите группу диспансерного наблюдения. Составьте план противорецидивных

мероприятий (ПК-1, ПК-2).

7. Назначьте необходимое лечение: медикаментозную терапию, немедикаментозное лечение. Выпишите рецепты (ПК-1, ПК-9).

8. Организация медикаментозного обеспечения при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25

Мужчина 52 года, токарь на машиностроительном заводе. В течение 8 лет периодически отмечает особенно после приема даже небольших доз алкоголя боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, диарею, плохой аппетит. Часто болевой синдром настолько силен, что больной принимает вынужденное положение, прижав колени к животу и наклонившись вперед. Применение спазмолитических препаратов облегчения не приносит. Во время приступов болей у больного развивается диарейный синдром, который сопровождается болями в животе - в области пупка и по ходу ободочной кишки. Длительность течения заболевания 8 лет. Лечился у терапевта по поводу "колита", "энтероколита" но без эффекта. В период обострения отмечает снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, рвоту. Развитие приступов болей - не реже одного раза в 2 месяца. В настоящее время больного беспокоит потеря веса, 4 кг за последние 6 месяцев. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие. Склеры субиктеричны, язык обложен белым налетом, больше у корня. Грудная клетка цилиндрическая, тип нормостенический. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, умеренно вздут в области ободочной кишки, больше справа. В позе Гротта 1 пальпируется поджелудочная железа в виде плотноватого болезненного тяжа. Печень, размеры 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Стул 4-6 раз в день, кашицеобразный.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

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

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

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

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите наличие показаний к госпитализации (ОПК-1).
3. Определите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
4. Назначить план необходимого дообследования и консультаций (ОПК-1).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий, включающих медикаментозное и немедикаментозное лечение; санаторно-курортное лечение (ПК-1, ПК-9).
6. Определите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. Критерии (ПК-7).
7. Укажите группу диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Организация паллиативной медицинской помощи (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

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

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

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

УЗИ: Почка левая: Контуры ровные. Размеры: 105*60мм. Паренхима 19мм. ЧЛС не расширена.

Почка правая: Контуры ровные. Размеры: 100*50мм. Паренхима 19мм. ЧЛС не расширена.

Органы малого таза: Мочевой пузырь: Контуры ровные. Мало мочи. V мочевого пузыря – 80мл.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного (ПК-8).
3. Объясните механизм основных симптомов данного заболевания (ОПК-1).
4. С какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
5. Медикаментозное лечение. Выпишите рецепты (ПК-9).
6. Экспертиза нетрудоспособности у данного больного, порядок выдачи листка нетрудоспособности. Сроки. Критерии (ОПК-6, ПК-7).
7. Группа диспансерного наблюдения (ПК-2).
8. Организация медицинской помощи сельскому населению и её особенности (ОПК-1).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 27

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

ОАК: WBC (лейкоциты) $7.3 \cdot 10^3$ / mL, RBC (эритроциты) $4.46 \cdot 10^6$ / mL, HGB (гемоглобин) 12.9g / dL, HCT (гематокрит) 40.7%, PLT (тромбоциты) $243 \cdot 10^3$ / mL, СОЭ 2 мм/ч, LYM(лимфоциты) 31.1%, (MXD) базофилы 0%, эозинофилы 4%, моноциты 7% , NEUT (сегментоядерные нейтрофилы) 57.9%.

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

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

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

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

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

УЗИ: Почки левая: Контуры ровные. Размеры: 105*60мм. Паренхима 16мм. ЧЛС расширена.

Почка правая: Контуры ровные. Размеры: 110*50мм. Паренхима 19мм. ЧЛС не расширена.

Органы малого таза: Мочевой пузырь: Контуры ровные. Мало мочи. V мочевого пузыря – 80мл.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного на догоспитальном этапе (ПК-8).
3. С какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Назначьте лечение а) медикаментозное, б) немедикаментозное, в) противорецидивное. Выпишите рецепты (ПК-1, ПК-9).
5. Определите сроки нетрудоспособности. Критерии (ПК-7).
6. Составьте план профилактических и реабилитационных мероприятий (ПК-1).
7. Санаторно-курортное лечение (ПК-1).
8. Современные критерии инвалидности, порядок направления граждан на МСЭ (ПК-7).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

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

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

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

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Тактика ведения больного: план обследования, показания к госпитализации (ПК-8).
3. С какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Определите критерии, ориентировочные сроки нетрудоспособности, порядок выдачи листка нетрудоспособности (ОПК-6, ПК-7).
5. Определите группу диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назначьте курс реабилитационных мероприятий, включающих диетотерапию, медикаментозное, физиотерапевтическое лечение и т.д. Выпишите рецепты (ПК-1, ПК-9).
7. Определите показания к санаторно-курортному лечению (ОПК-1, ПК-1).
8. Экономический ущерб от инвалидности и его составные части (ОПК-1, ПК-7)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 29

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

ОАМ: GLU (глюкоза) Negative, BIL (билирубин) Positive, KET (кетоновые тела) Negative, SG (удельный вес) 1.020, BLD (эритроциты) Negative, pH 6.0, PRO (белок) Negative, UBG (уробилиноген) 16.2 $\mu\text{mol} / \text{l}$, NIT (соли) Negative, LEU (лейкоциты) Negative.

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

Рентгенография ОГК: корни структурные, без инфильтративных теней.

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Определите тактику ведения больного: показания к госпитализации, место госпитализации (ПК-8).
3. С какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику? (ОПК-1).
4. Назначьте необходимое дообследование, консультации специалистов (ОПК-1).
5. Определите план лечебных мероприятий, включая мероприятия по оказанию неотложной помощи на различных этапах. Выпишите рецепты (ПК-9, ПК-10).
6. Определите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. Критерии (ПК-7).
7. Какие неотложные состояния могут возникнуть при данной патологии? (ПК-10).
8. Бюро медико-социальной экспертизы: функции (ПК-7).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30

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

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.

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

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

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

Обзорная рентгенография органов брюшной полости - газ в брюшной полости.

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

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз (ПК-6).
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и определения степени функциональных нарушений? (ОПК-1).
3. Определите тактику ведения больного, показания к госпитализации (ПК-8).
4. Окажите неотложную помощь на догоспитальном этапе (ПК-10).
5. Назначьте необходимые лечебные мероприятия, включающие медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию. Выпишите рецепты. Определите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. Критерии (ПК-1, ПК-7, ПК-9).
6. Определите группу диспансерного наблюдения (ПК-2).
7. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению: место, вид курорта, рекомендуемое лечение (ОПК-1, ПК-1).
8. Первичная и общая инвалидность: структура, причины, пути снижения (ПК-7).

Ответ на задачу № 1

1. ОРЗ, неуточненной этиологии: ларингит, трахеит, фарингит, средней степени тяжести.
2. Больной временно нетрудоспособен, сроки ВН 6 дней, выдается лист нетрудоспособности, т.к. студент совмещает работу с учебой и справку в ВУЗ.
3. Необходимы дообследования: ЭКГ.
4. Дифференциальная диагностика с инфекциями верхних дыхательных путей.
5. Реленза, Тамифлю, Ингавирин, Арбидол по схеме.
6. На период болезни выдается лист нетрудоспособности, после его закрытия терапевт направляет пациента на ВК для получения справки об освобождении от занятий физической культурой на 2 недели и рекомендаций по переводу временно на работу, не связанную переохлаждением.
7. Диспансерное наблюдение не требуется.

Ответ на задачу № 2

1. Острое респираторное заболевание: ринит, фарингит, трахеит, средней тяжести. Сопутствующее заболевание: гипохромная анемия легкой степени
2. Больная временно нетрудоспособна, сроки ВН 6-10 дней. Необходимо организовать стационарзамещающие технологии на дому.
3. ОАК в динамике, ЭКГ.
4. Дифференциальная диагностика с инфекциями верхних дыхательных путей.
5. Реленза, Тамифлю, Ингавирин, Арбидол по схеме. Питьё витаминизированных напитков, приём иммуномодуляторов растительного происхождения (настойка элеутерококка), лечение анемии: Фенюльс по 1 капсуле 3 раза в день, диета с включением продуктов богатых железом (гранатовый сок, яблоки, гречневая каша, отварное мясо).
6. Диспансерное наблюдение не требуется.

Ответ на задачу № 3

1. Острая респираторная аденовирусная инфекция, средней степени тяжести: ринит, фарингит, трахеит.
2. ОАК, ОАМ в динамике, ЭКГ, общий анализ мокроты
3. Больной временно нетрудоспособен 6-10 дней. Медицинские и социальные критерии.
4. Лечение в условиях поликлиники включает противовирусные препараты (Тамифлю, Ингавирин, Реленза, Арбидол), симптоматические средства (жаропонижающие), витаминотерапию (аскорбиновая кислота, аевит), немедикаментозные методы лечения: обильное питьё щелочных минеральных вод, витаминных напитков, УФО зева и носовых ходов, ингаляции фитонцидов.
5. Дифференциальная диагностика с инфекциями верхних дыхательных путей.
6. Группа II. Диспансерное наблюдение осуществляется за больным острым респираторным заболеванием при осложненном течении заболевания, а также за пациентами, переболевшими ОРЗ (группа часто болеющих). План лечебно-профилактических мероприятий включает осмотры терапевтом 3-4 раза в год, санацию очагов хронических инфекций, закаливающие процедуры, занятия физической культурой в "группах здоровья", занятия в школе ЗОЖ.
7. Ранние: ТИШ, геморрагический синдром (появление сыпи на теле (звездочки, кровоизлияния), инфекционно-аллергический миокардит, ДВС-синдром. Поздние: пневмонии.

Ответ на задачу № 4

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония средней тяжести. Осложнения ДН I ст.
2. ОАК с лейкоформулой, ОАМ, биохимический анализ крови (белок и фракции, СРБ, сиаловые кислоты, серомукоид, билирубин, мочевины), общий анализ мокроты,

микроскопия с окраской по Граму. Рентгенография легких в правой боковой проекции. ФВД, ЭКГ.

3. Подлежит госпитализации в пульмонологическое отделение стационара.
4. Необходимо дифференцировать с туберкулёзом лёгких, новообразованиями: (первичный рак лёгкого эндобронхиальные метастазы, аденома, бронхолимфома), тромбоэмболией лёгочной артерии и инфарктом лёгкого, иммунопатологическими заболеваниями.
5. К осложнениям пневмонии, требующим неотложной помощи, относятся: шок, респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ), острая дыхательная недостаточность и синдром системного воспалительного ответа (ССВО).
6. Лист нетрудоспособности 28-29 дней.
7. После выписки подлежит наблюдению в диспансерной группе ДП как реконвалесцент пневмонии. План лечебно-профилактических мероприятий включает осмотры терапевтом в первый месяц еженедельно, в последующие 6 месяцев 1-2 раза в месяц, обязательная санация очагов хронической инфекции, контроль ФВД, отказ от курения. Продолжить прием муколитиков, средств растительного происхождения, витаминотерапию, занятия в пульмо-школе для пациента (образовательные программы).

Ответ на задачу № 5

1. Острое респираторное заболевание неуточненной этиологии. Соп.: Субфебрилитет (tbs?).
2. Необходимые исследования: ОАК в динамике, общий анализ мокроты и на ВК, проба Манту, ФГ ОГК, консультация фтизиатра.
3. Необходимо исключить туберкулез легких, учитывая отсутствие признаков острой бронхолегочной патологии, наличие указаний на заболевания органов дыхания у родственников, молодой возраст пациента, психоэмоциональное напряжение в период экзаменационной сессии после перенесенного гриппа.
4. Больной временно нетрудоспособен на период обследования, сроки ВН до 6 дней. Обследования выполняются в поликлинике, после консультации фтизиатра решить вопрос о необходимости стационарного лечения. Медицинские и социальные критерии нетрудоспособности.
5. Показан рациональный режим труда и отдыха, сна, витаминизированная диета, ЛФК, санаторно-курортное лечение после полного дообследования и установления диагноза (лечебные факторы: климатический, аэро-, ионо-, спелеотерапия, ванны, ингаляции). Адаптогены, витамины.

Ответ на задачу № 6

1. Заводится регистратором с учетом обязательных требований к структуре электронной медицинской карты и электронной персональной медицинской записи. Электронная карта включает 15 разделов, каждый из которых состоит из множества подпунктов.
2. Вне проекта 15 минут (Приказ №290н от 02.06.2015г.), согласно проекту увеличение времени работы врача с пациентом в 2 раза.
3. появление возможности записаться на определенное время;
 - унификация бланков направлений;
 - разделение потоков больных пациентов и пришедших на диспансеризацию;
 - внедрение "экспресс-системы" сдачи анализов;
 - оптимизация движения анализов.
 - создание обучающих буклетов,
 - упрощение интерфейсов электронных систем записи (интернет, терминал)
 - организация работы с амбулаторными картами,
 - исключение повторного обращения в регистратуру

4. РВНС, гипертонический тип, кардиальный, астеноневротический синдромы, осложненное симпато-адреналовым кризом, средней тяжести. Сопутствующий диагноз ожирение 1 степени.
5. Рекомендуются ведение в амбулаторных условиях.
6. На догоспитальном этапе следует ввести седативные, разжевать 1 таблетку аспирина, обезболивающие препараты.
7. Ограничение употребления поваренной соли, жидкости (НКД, стол 10), электросон, аэроионотерапия, фитотерапия (настои трав - пустырника, валерианы), лечебная гимнастика, ИРТ, гидрокинезотерапия, санаторно-курортное лечение в условиях средней полосы России, в Башкортостане (санатории "Зеленая Роща", "Юматово") и т.д..
8. Больной временно нетрудоспособен в течение 1 недели, при подтверждении ИБС сроки удлиняются, работать по своей специальности может.
9. Диспансерное наблюдение в составе III группы. Ежегодное обследование - ОАК, ОАМ, ЭКГ, консультация окулиста (глазное дно), невропатолога, кардиолога, по показаниям велоэргометрия, КАГ.

Ответ на задачу № 7

1. РВНС, гипертонический тип, тяжелое течение, осложненное симпатoadреналовым кризом. Исключить тиреотоксикоз.
2. Рекомендуются ведение в амбулаторных условиях.
3. Больной нетрудоспособен до 15 дней.
4. Рекомендуются лечение (3-адреноблокаторами, транквилизаторами с проведением психо- и рефлексотерапии, фитотерапии, физиотерапии, ЛФК, санаторно-курортное лечение в условиях средней полосы России, Башкортостана (санатории "Зеленая Роща", "Юматово").
5. Диспансерное наблюдение в составе III группы, ежегодное диспансерное обследование: ОАК, ОАМ, ЭКГ, консультация окулиста (глазное дно), невролога, кардиолога, по показаниям велоэргометрия и т.д.
6. Пациентку можно отнести к 3 группе диспансерного наблюдения.
7. Необходимо дифференцировать симпатoadреналовые кризы от феноменологически близких пароксизмальных состояний эпилептического и неэпилептического характера, тиреотоксический криз, вагоинсулярный криз.

Ответ на задачу № 8

1. РВНС, гипотонический тип, астеновегетативный, респираторный синдромы, тяжелое течение, осложненный вагоинсулярным кризом.
2. Назначение холинолитических препаратов (атропин), коррекция метаболизма, адаптогены, психотерапия, иглорефлексотерапия. В последующем активное оздоровление с помощью ЛФК, с применением лечебных трав, гидрокинезотерапия, бальнеотерапия и т.д.
3. Необходимо дифференцировать симпатoadреналовые кризы от феноменологически близких пароксизмальных состояний эпилептического и неэпилептического характера, с заболеваниями легких.
4. Больная временно нетрудоспособна в течение недели, рациональное трудоустройство с возможностью соблюдения режима дня, питания, ограничения значительного психологического напряжения.
5. Рекомендуются ведение в амбулаторных условиях.
6. Диспансерное наблюдение в составе III группы. Ежегодное диспансерное обследование: ОАМ, ЭКГ, консультация окулиста (глазное дно), невропатолога, кардиолога, по показаниям велоэргометрия и т.д.
7. Вагоинсулярный криз.

Ответ на задачу № 9

1. Бронхиальная астма, эндогенная форма, средней тяжести, контролируемая, персистирующее течение, осложнение ДН 1 ст.
2. Необходимые дополнительные исследования: общий анализ крови с лейкоформулой в динамике, анализ мокроты на кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана, эозинофилы.
3. Необходимо дифференцировать с ХОБЛ, аспирацией инородного тела, коклюшем, крупом, опухолью средостения.
4. Больной временно нетрудоспособен в течение 2-3 недель
5. Лечение состоит из а) базисной противовоспалительной терапии (ингаляции глюкокортикоидов), антагонисты лейкотриеновых рецепторов. б) бронхорасширяющих средств (симпатомиметики, комбинированные (беродуал), в) улучшающие отхождение мокроты (амброксол), г) лечебная физкультура, массаж грудной клетки и спины, д) занятия в астма-школе. Санаторно-курортное лечение проводится вне обострения заболевания, используются климатические, бальнеологические факторы, микроклимат солевых шахт (Юматово, южный берег Крыма, Солотвино).
6. Меры, направленные на профилактику обострений при бронхиальной астме: улучшение экологической обстановки, насколько это возможно (например, постоянная или временная смена места жительства); частая уборка помещений, минимальное количество ковров, мягких игрушек, книг в жилом помещении, особенно в спальнях; соблюдение правил личной гигиены; следить за чистотой домашних животных, а желательно вообще их не заводить; пользоваться гипоаллергенными предметами быта; правильное и здоровое питание качественными продуктами с минимальным количеством пищевых добавок, тщательное мытье продуктов, особенно из магазина или рынка; как можно меньше пользоваться аэроаллергенами: дезодоранты, освежители воздуха, парфюмерия, особенно в виде спреев, и т.п.; уменьшить, а при возможности бросить курение, в том числе исключить пассивное курение; устранение профессиональных вредностей (если нарастают признаки бронхиальной астмы, то наилучшим вариантом является смена места работы); прием любых лекарственных средств только после консультации врача; устранение в кратчайшие сроки любых аллергических проявлений и обязательное определение их источника; предотвращение контакта с заведомо известным продуктом (предметом), вызывающим аллергию; своевременное лечение респираторных инфекций; ведение здорового образа жизни, укрепление иммунитета, закаливание, регулярные физические упражнения; санаторно-курортное профилактическое лечение в местах с морским климатом либо на высокогорье.
7. Признаки бронхиальной обструкции у больной: приступ удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой, при объективном обследовании - над легкими жесткое дыхание с удлиненным выдохом, множественные хрипы, снижение показателей функций внешнего дыхания: ФЖЕЛ 70%, + проба бронхолитиками.

Ответ на задачу № 10

1. ИБС, впервые возникшая стенокардия, соп. Сахарный диабет, инсулинонезависимый, стадия компенсации
2. Вызов СМП для госпитализации в кардиологическое отделение.
Имеет признаки временной утраты нетрудоспособности в течение 2-3 недель, последующее экспертное ведение больного зависит от характера течения стенокардии после купирования острого состояния. Медицинские и социальные критерии.
4. При формировании стабильной стенокардии напряжения необходимо ограничение физического труда и психоэмоционального напряжения. Кроме того, необходимо соблюдение режима питания, двигательной активности. Показан труд, не требующий физического перенапряжения, без ночных смен.

5. Медикаментозная терапия: реабилитация в остром состоянии заключается в своевременном купировании ангинозного приступа на догоспитальном этапе нитроглицерином, наркотическими и ненаркотическими анальгетиками, нейролептанальгезией. После стационарного лечения - антиангинальные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия, санаторно-курортное лечение в условиях кардиологического санатория "Зеленая роща"
6. Неотложные состояния: ОКС, острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия.
7. Наблюдение по 3 диспансерной группе. Ежегодное диспансерное наблюдение: ОАК и ОАМ, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, биохимическое исследование крови (липиды, глюкоза крови и мочи), протромбиновый анализ крови, велоэргометрия, консультация кардиолога, эндокринолога, по показаниям КАГ.

Ответ на задачу № 11

1. ИБС, прогрессирующая стенокардия, ХСН IIА. ФК II. Соп. Хронический обструктивный бронхит, легкой степени тяжести в стадии обострения, ДН I;
2. Экстренная госпитализация, решение вопроса о КАГ.
3. На догоспитальном этапе необходимо ввести нитроглицерин, разжевать 1 таблетку аспирина, парентерально ненаркотические или наркотические анальгетики, при необходимости – нейролептанальгезию.
4. Учитывая сочетанную патологию целесообразно назначить нитраты пролонгированного действия, антиангинальные средства, антиагреганты, бронхолитики, В последующем назначение медикаментозного лечения зависит от характера течения стенокардии (ФК).
5. В стационарных условиях ограничение двигательного режима, дыхательная гимнастика, фитотерапия, точечный массаж, электросон, ингаляции. В последующем расширение двигательного режима, дозированная ходьба, индивидуальные комплексы гимнастики.
6. Временная нетрудоспособность в течение 3-4 недель, рациональное трудоустройство с ограничением труда с физически и нервно-психическим напряжением, в неблагоприятных санитарно-гигиенических и метеоусловиях
7. Третья группа диспансерного наблюдения. Ежегодное диспансерное наблюдение: ОАК и ОАМ, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, биохимическое исследование крови (липиды, глюкоза крови и мочи), протромбиновый анализ крови, велоэргометрия, консультация кардиолога, пульмонолога, аллерголога через 3 месяца после обострения.

Ответ на задачу № 12

1. ИБС, впервые выявленная, мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, постинфарктный кардиосклероз, ХСН IIА. ФК II;
2. Экстренная госпитализация;
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с ОКС, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, обострением язвенной болезни, острым животом, обострением желчнокаменной болезни.
4. Временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель, рациональное трудоустройство. Медицинские социальные критерии.
5. Купирование пароксизма парентеральным введением кордарона 150-300мг парентерально. При безуспешности лечения показано стационарное лечение. В последующем назначение антиагрегантов, ЛФК, диетотерапия, психотерапия; санаторно-курортное лечение в санатории "Зеленая Роща".
6. Нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда, ТЭЛА, тромбы предсердий.
7. Третья диспансерная группа наблюдения. Ежегодное диспансерное наблюдение: ОАК и ОАМ, ЭКГ, ЭхоКГ, флюорография органов грудной клетки, биохимическое исследование крови (липиды, глюкоза крови и мочи), коагулограмма, велоэргометрия, консультация кардиолога, аритмолога.

Ответ на задачу № 13

1. ИБС, прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз, ХСН IIБ, ФКIII. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степень, риск 4.
2. Больной подлежит экстренной госпитализации в кардиологическое отделение.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с ОКС, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, обострением язвенной болезни, острым животом, обострением желчнокаменной болезни, пневмонией.
4. Нитраты, обезболивающие; аспирин, клопидогрель разжевать. Показано стационарное лечение. В последующем назначение антиагрегантов, ББ, диуретиков, иАПФ, статинов, ЛФК, диетотерапия, психотерапия; санаторно-курортное лечение в санатории "Зеленая Роща".
5. Признаки утраты трудоспособности; впоследствии решить вопрос о возможности направления на МСЭК для определения группы инвалидности. Медицинские и социальные критерии.
6. Нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда. Помощь: на догоспитальном этапе необходимо оказать экстренную помощь - сублингвально нитроглицерин, парентерально ненаркотические или наркотические анальгетики, при необходимости провести нейролептанальгезию. Впоследствии назначить поддерживающую терапию - ингибиторы АПФ, пролонгированные нитраты, диуретики, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия, дозированная ходьба, трудотерапия и т.д. Сан-кур. лечение в ближайшие 3 месяца противопоказано.
7. Третья группа наблюдения. Ежегодное диспансерное наблюдение: ОАК и ОАМ, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, биохимическое исследование крови (липиды, глюкоза крови и мочи), протромбиновый анализ крови, велоэргометрия, консультация невролога.

Ответ на задачу № 14

1. Гипертоническая болезнь I стадии, 3 степень, риск 2. Соп. Беременность 10 недель.
2. Экстренная госпитализация в терапевтическое отделение; для решения вопроса о возможности сохранения беременности, уточнения диагноза, коррекции лечения.
3. Необходимо дифференцировать с гестозами, синдромом вазоренальной гипертензии, феохромоцитомой, первичным альдостеронизмом (синдром Конна), синдромом Иценко—Кушинга.
4. Медикаменты показаны лишь для лечения кризов, предпочтительны альфа2-адреномиметики центрального действия (метилдопа), с конца 2-го триместра бета-блокаторы, антагонисты кальция, в межкризовом периоде широкое использование немедикаментозных методов лечения: психотерапия-аутотренинг, мышечная релаксация, ИРТ. диетотерапия, гидрокинезотерапия, талассотерапия, бальнеотерапия и т.д.
Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента – иАПФ: эналаприл, периндоприл. Препараты этой группы противопоказаны при высоком калии крови, беременности, двустороннем стенозе (сужении) сосудов почек, ангионевротическом отеке. Блокаторы рецепторов к ангиотензину-1 – БРА: валсартан (Диован, Вальсакор®, Валз). Противопоказания те же, что и у иАПФ. β-адреноблокаторы – β-АБ: небиволол (Небилет), бисопролол (Конкор), метопролол (Эгилок®, Беталок®). Препараты этой группы нельзя использовать у пациентов с атриовентрикулярной блокадой 2 и 3 степени, бронхиальной астмой. Антагонисты кальция – АК. Дигидропиридиновые: нифедипин.
5. Временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель, рациональное трудоустройство. Медицинские и социальные критерии.

6. Необходима поддерживающая терапия предпочтительно с назначением мочегонных; фитотерапии, диетотерапии, ЛФК, ИРТ, сан-кур лечение возможно в средней полосе России и Башкортостане (санаторий "Зеленая Роща")
7. Третья группа диспансерного наблюдения. Ежегодное диспансерное наблюдение: ОАК и ОАМ, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, биохимическое исследование крови (липиды, глюкоза крови и мочи), коагулограмма, велоэргометрия, консультация невролога. Ведение обменной карты беременной.

Ответ на задачу № 15

1. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степень, риск 2. Гипертоническая ангиопатия Ист.
2. Амбулаторное лечение в течение 7-10 дней. Со вторичными артериальными гипертензиями.
3. Медикаменты показаны лишь для лечения кризов, предпочтительны бета-блокаторы, в межкризовом периоде широкое использование немедикаментозных методов лечения: психотерапия-аутотренинг, мышечная релаксация, ИРТ. Диетотерапия, гидрокинезотерапия, талассотерапия, бальнеотерапия и т.д.
4. Ежегодное диспансерное наблюдение по 3 группе: ОАК и ОАМ, ЭКГ, ЭхоЭКГ, СМАД, флюорография органов грудной клетки, биохимическое исследование крови (липиды, глюкоза крови, креатинин, АЛТ, АСТ), консультация кардиолога, офтальмолога, невролога.
5. Временная нетрудоспособность в течение 7 дней, рациональное трудоустройство. Медицинские и социальные критерии.
6. Подбор антигипертензивной терапии. Аэробные динамические упражнения, снижение потребления поваренной соли до 5г/сут, отказ от вредных привычек, диета НКД, 10-й стол, школы здоровья (образовательные программы), санпросветработа.

Ответ на задачу № 16

1. Внебольничная левосторонняя пневмония, средней степени тяжести. Осложнение ДН II ст. Соп. заболевание: медикаментозная аллергия.
2. ОАК в динамике, ОАМ, общий анализ мокроты, микроскопия мокроты с окраской по Граму, рентгенография легких в 2х проекциях в динамике, ЭКГ., ФВД в динамике, коагулограмма.
3. Временно нетрудоспособен от 21 до 24 дней.
4. Показано: стационарное лечение, антибактериальная, бронхорасширяющая терапия, отхаркивающие средства, сердечно-сосудистые препараты, лечебная гимнастика физиотерапевтические процедуры (УВЧ, электрофорез грудной клетки, ингаляции).
5. Полусинтетические защищенные пенициллины, макролиды, респираторные фторхинолоны. Симптоматическое лечение. В стационаре осуществляют дезинтоксикационную терапию, назначают комбинацию антибактериальных препаратов с учетом результатов окраски по Граму и чувствительности микрофлоры к антибиотикам, средства, разжижающие и улучшающие отхождения мокроты, иммуномодуляторы.
6. Подлежит диспансерному наблюдению 6-12 месяцев как реконвалесцент острой пневмонии с проведением комплекса реабилитационных мероприятий с рациональным трудоустройством на 1-3 месяцев по заключению ВК.

Ответ на задачу № 17

1. Внебольничная крупозная пневмония тяжелое течение с локализацией в нижней доле левого легкого. Экссудативный плеврит слева, осложнение: дыхательная недостаточность III ст.
2. ОАК с лейкоформулой, общий анализ мокроты, микроскопия с окраской по Граму, посев мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, ЭКГ, ФВД. Рентгенография легких в 2х проекциях.

3. Необходимо дифференцировать с туберкулёзом лёгких, новообразованиями: (первичный рак лёгкого эндобронхиальные метастазы, аденома бронхолимфома), тромбоэмболией лёгочной артерии и инфарктом лёгкого, иммунопатологическими заболеваниями.
4. Временно нетрудоспособен до 25 дней.
5. Полусинтетические защищенные пенициллины, макролиды, респираторные фторхинолоны). Патогенетическое, симптоматическое лечение. В стационаре осуществляют дезинтоксикационную терапию, назначают комбинацию антибактериальных препаратов с учетом результатов окраски по Грамму и чувствительности микрофлоры к антибиотикам, средства разжижающие и улучшающие отхождения мокроты, иммуномодуляторы.
6. Подлежит диспансерному наблюдению 6-12 месяцев как реконвалесцент пневмонии с проведением комплекса реабилитационных мероприятий с рациональным трудоустройством на 1-3 месяцев по заключению ВК.
7. К осложнениям пневмонии, требующим неотложной помощи, относятся внелегочные и легочные: шок, респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ), острая дыхательная недостаточность и синдром системного воспалительного ответа (ССВО).

Ответ на задачу № 18

1. Хроническая обструктивная болезнь легких в фазе обострения, средней степени тяжести, бронхитический тип. Осложнение: дыхательная недостаточность II ст., легочно-сердечная недостаточность I ст. Сопутствующее заболевание: ожирение I ст.
2. Признаки бронхообструкции: отек и воспаление слизистой, гиперсекреция, бронхоспазм.
3. Необходимые исследования: ОАК в динамике, ОАМ, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, общий анализ мокроты, посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, ВК, атипичные клетки. Исследование ФВД с определением односекундного объема форсированного выдоха до и после пробы с бронхолитическими средствами. Консультация пульмонолога, по показаниям бронхоскопия.
4. Необходимо дифференцировать с бронхиальной астмой, туберкулёзом лёгких, новообразованиями: (первичный рак лёгкого эндобронхиальные метастазы, аденома, бронхолимфома), тромбоэмболией лёгочной артерии и инфарктом лёгкого, иммунопатологическими заболеваниями.
5. Больной временно нетрудоспособен, сроки ВН 16-18 дней.
6. Ведение больного в амбулаторно-поликлинических условиях.
7. Комплексное лечение складывается из рекомендаций по образу жизни. Необходимо диспансерное наблюдение в III диспансерной группе, отказ от курения, противорецидивное лечение бронхорасширяющими, бронхолитическими (атровент, беродуал, дитэк, эуфиллин), отхаркивающими и разжижающими средствами (бромгексин, амброксол, мукалтин), иммуномодулирующего действия (рибомунал, бронховакс, корень солодки, настойка элеутерококка), занятия в пульмо-школе, лечебная гимнастика, вибрационный массаж грудной клетки. Санаторно-курортное лечение после выздоровления на местных курортах с использованием климатических, бальнеологических факторов, кумысолечения ("Юматово", "Зеленая Роща").

Ответ на задачу № 19

1. Хроническая обструктивная болезнь легких фаза обострения, 2 стадия, средней степени тяжести, эмфизематозный тип.. Осложнения: дыхательная недостаточность II ст. Артериальная гипертензия I ст. Легочно-сердечная недостаточность II ст.
2. Необходимо дифференцировать с бронхиальной астмой, туберкулёзом лёгких, новообразованиями: (первичный рак лёгкого эндобронхиальные метастазы, аденома

- бронхолимфома), тромбоэмболией лёгочной артерии и инфарктом лёгкого, иммунопатологическими заболеваниями.
3. Временная нетрудоспособность, сроки 19-24 дня. Медицинские и социальные критерии.
 4. Комплексное лечение складывается из рекомендаций по образу жизни. Необходимо диспансерное наблюдение в III диспансерной группе, отказ от курения, противорецидивное лечение бронхорасширяющими, бронхолитическими (атровент, беродаул, дитэк, эуфиллин) отхаркивающими и разжижающими средствами (бромгексин, мукалтин, бисольван), иммуномодулирующего действия (рибомунил, бронховакс, корень солодки, настойка элеутерококка), занятия в пульмо-школе, лечебная гимнастика, вибрационный массаж грудной клетки. Санаторно-курортное лечение после выздоровления, в фазу стойкой ремиссии на местных курортах с использованием климатических, бальнеологических факторов, кумысолечения ("Юматово", "Зеленая Роща").
 5. К осложнениям, требующим **неотложной** помощи, относятся: спонтанный пневмоторакс, острая дыхательная и правожелудочковая недостаточность.
 6. Необходима реабилитация в III группе ДН, продолжить противорецидивное лечение занятия в пульмо-школе, лечебная гимнастика, вибрационный массаж грудной клетки.

Ответ на задачу № 20

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, контролируемая, легкое персистирующее течение. Осложнение: дыхательная недостаточность 1 ст.
2. Необходимые исследования: ОАК с лейкоформулой в динамике, анализ мокроты общий, на эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. Функция внешнего дыхания с фармакологическими пробами. Исследование мукоцилиарного клиренса. Аллергические пробы на домашнюю пыль, пыльцу растений. ЭКГ. Консультации аллерголога, пульмонолога.
3. Больной временно нетрудоспособен только в приступном периоде, сроки ВН 3-5 дней.
4. Наблюдение и лечение у терапевта и аллерголога.
5. Назначение а) противовоспалительные средства (ГКС в ингаляциях), антагонисты лейкотриеновых рецепторов б) при приступе удушья - симпатомиметики (беротек, сальбутамол, дитэк), препараты смешанного действия – беродуал, М-холинолитики (атровент, спирива), в) немедикаментозное лечение складывается из санации очагов инфекции, занятия лечебной физкультурой, процедур галотерапии, физиотерапевтические методы включают ультразвуковые ингаляции симпатомиметических средств, индуктотермию грудной клетки и надпочечников. Специфическая гипосенсибилизация осуществляется в аллергологическом кабинете под наблюдением аллерголога, а) санаторно-курортное лечение показано вне обострения заболевания с применением климатических, бальнеологических курортных факторов, а также спелео- кумысотерапия ("Юматово", Южный берег Крыма, "Зеленая Роща", Нахичевань).
6. Диспансерная группа III.
7. Немедикаментозные (диетотерапия, физиотерапия, спелеотерапия, бальнеотерапия, санаторно-курортное лечение), медикаментозные меры (под контролем ФВД).

Ответ на задачу № 21

1. Бронхиальная астма, аллергическая форма (сенсibilизация на отдельные продукты питания: апельсин, сухое молоко, шоколад), персистирующее течение, средней степени тяжести, неконтролируемая, гормональнoзависимая форма, фаза обострения. Осложнение: дыхательная недостаточность 1 ст.
2. Необходимо дифференцировать с ХОБЛ, бронхоэктатической болезнью, туберкулезом лёгких.

3. Больная временно нетрудоспособна, сроки ВН 14-18 дней. Для уточнения диагноза и подбора гормональной терапии показано стационарное лечение.
4. Комплексное лечение включает а) противовоспалительные средства (интал, глюкокортикоиды); б) бронхорасширяющие (беротек, эуфиллин); в) улучшающие отхождения мокроты (бронхолитин, мукалтин, бромгексин). Немедикаментозные методы: а) фитотерапия (корень солодки, девясила, трава чабреца); б) ЛФК, массаж грудной клетки; в) галотерапия; г) электрофорез грудной клетки с эуфиллином; д) диетотерапия. Санаторно-курортное лечение вне обострения заболевания с применением климатических, бальнеотерапевтических курортных факторов а также спелео- кумысотерапия ("Юматово", Южный берег Крыма, "Зеленая Роща", Нахичевань)
5. Наблюдение и лечение у терапевта и аллерголога. План лечебно-профилактических мероприятий предусматривает осмотр терапевтом до 4-х раз в год, консультация аллерголога, пульмонолога, контрольные обследования ФВД, ОАК, ЭКГ, отказ от курения, санация очагов инфекции, занятия в пульмо-школе, противорецидивное и профилактическое лечение. Санаторно-курортное лечение ("Юматово", Южный берег Крыма, "Зеленая Роща", Нахичевань).
6. К осложнениям, требующим **неотложной** помощи, относятся: астматический статус, отек Квинке, правожелудочковая недостаточность.

Ответ на задачу № 22

1. Хроническая обструктивная болезнь легких, IV стадия, крайне тяжелое течение, бронхитическая форма, непрерывно-рецидивирующее течение, фаза обострения. Осл. ДН III ст. Хроническое легочное сердце в стадии декомпенсации. Соп.: Кардиальный фиброз цирроз печени. Портальная гипертензия.
2. Необходимо дифференцировать с: БА. раком бронха, пневмокониозами, бронхоэктатической болезнью, туберкулезом легких, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ХСН.
3. Необходимые исследования - определение ФВД (индекс Тиффно), оценка показателей в динамике, ФЖЕЛ, ЭКГ - установление признаков гипертрофии правых отделов сердца, гемоглобин и эритроциты в периферической крови анализ мокроты на микрофлору, БК, атипичные клетки, биохимические показатели крови (белок и белковые фракции, билирубин, холестерин, креатинин, печеночные пробы), УЗИ органов брюшной полости.
4. Необходима экстренная госпитализация больного в стационар для обследования и лечения.
5. Больной нетрудоспособен на период обострения. Имеются также признаки стойкой утраты трудоспособности. Нарастающая дыхательная недостаточность и легочно-сердечная недостаточность, которые могут служить показанием для направления на МСЭ. Медицинские и социальные критерии.
6. Оформляются следующие документы при направлении на МСЭ: направление на МСЭ, амбулаторная карта с соответствующими записями терапевта и других специалистов, ВК, паспорт, страховой полис.
7. Могут возникнуть спонтанный пневмоторакс, острая дыхательная, правожелудочковая недостаточность. Нарастание гипоксемии, возникновение или нарастание гиперкапнии.

Ответ на задачу № 23

1. Хронический паренхиматозный панкреатит алкогольной этиологии, болевая форма, часто рецидивирующее течение, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, средней степени тяжести, фаза обострения.
2. Показана госпитализация в отделение. Необходимо провести дообследование: амилаза, липаза крови, диастаза мочи, копроцитограмма, эластаза в кале, БХ крови в динамике.

3. Больной нетрудоспособен до 4-х недель.
4. В настоящий момент признаков стойкой утраты трудоспособности нет.
5. Показана III группа ДН.
6. Медикаментозные (антибактериальная терапия, ИПП, селективные спазмолитики, инфузионная терапия, ферменты), немедикаментозные мероприятий реабилитации (диетотерапия, физиотерапия, образовательные программы, иглорефлексотерапия).
7. В фазу стойкой ремиссии больной может быть направлен на санаторно-курортное лечение общего типа или бальнеологический курорт.

Ответ на задачу № 24

1. Хронический билиарнозависимый паренхиматозный панкреатит, болевая форма, непрерывно-рецидивирующее течение, нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы, средней степени тяжести, фаза обострения. Сопутствующие заболевания: хронический некалькулезный холецистит с преобладанием дисфункциональных явлений, фаза обострения.
2. Ведение больного в условиях ДС поликлиники.
3. Необходимо дообследовать: уровень диастазы, копроцитограмма, исследование липазы сыворотки крови, эластаза в кале.
4. Желчнокаменной болезнью. Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Опухолями поджелудочной железы. Хроническим колитом. Соляритом. Абдоминальным ишемическим синдромом. Туберкулезом кишечника. Безболевого формой хронического панкреатита.
5. Срок ВН 25 дней, из них в стационаре 3-5 недель.
6. III диспансерная группа. В план противорецидивных мероприятий входят исследования сыворотки крови на ферменты, общий белок, билирубин, трансаминазы. Исследование кала, мочи на амилазу. Дуоденальное зондирование, ФГС, УЗИ 1 раз в год.
7. Медикаментозное лечение ИПП, спазмолитики, ферменты. Показано санаторно-курортное лечение в фазе стойкой ремиссии. Диетотерапия.

Ответ на задачу № 25

1. Хронический паренхиматозный панкреатит, болевая форма, часторецидивирующее течение, с внешнесекреторной недостаточностью, средней степени тяжести, фаза обострения.
2. Показано амбулаторное лечение, в условиях ДС поликлиники.
3. Провести дифференциальную диагностику с опухолью поджелудочной железы, ЖКБ воспалительной патологией кишечника, раком кишечника.
4. Моча на диастазу, амилазу, липазу крови, эластаза в кале, копроцитограмма, контрольное обследование после проведения курса лечения.
5. В лечебные мероприятия входят: ИПП, спазмолитики, на 3-4 день ферменты. В фазу стойкой ремиссии показано санаторно-курортное лечение. Диетотерапия.
6. Сроки ВН 3-5 недель.
7. III группа ДН.

Ответ на задачу № 26

1. Острый гломерулонефрит, смешанная форма, исключить нефротический синдром, средней степени тяжести.
2. Показано стационарное лечение, диагностическое дообследование. УЗИ почек, сердца, ЭКГ, консультация нефролога, анализы мочи, крови в динамике, проба Реберга, биохимический анализ крови.
3. Аутоиммунное воспаление сосудистых клубочков с образованием аутоантител и ЦИК к ним, двустороннее поражение.
4. При дифференцировании гипертонической и смешанной форм хронического гломерулонефрита с гипертонической болезнью.

5. Лечение стероидными гормонами этой форме гломерулонефрита менее эффективно, а в ряде случаев не показано из-за высокой и прогрессирующей артериальной гипертензии (АД выше 200/140 мм рт. ст.). В последнее время рекомендуют применять иммунодепрессанты при тщательном контроле за морфологическим составом крови. Лечение иммунодепрессантами более эффективно в сочетании с кортикостероидными гормонами, которые при этом назначают в меньших дозах (25 – 30 мг в сутки). Такое сочетание не только способствует эффективности лечения, но и уменьшает опасность развития осложнений, как от кортикостероидов, так и от иммунодепрессантов (в частности, тяжелой лейкопении).
6. Больничный лист 3-4 недели. Единолично и одновременно до 15 дней лечащим врачом.
7. III «Д» группа.

Ответ на задачу № 27

1. Хронический двусторонний пиелонефрит с пониженной функцией почек, часторецидивирующее течение, средней тяжести. Осл. ХПН 1. Вторичная гипертензия. Сопутствующие заболевания: аллергический ринит (поллиноз).
2. В динамике ОАМ, ОАК, УЗИ почек, ЭКГ, контрольная урография. Биохимический анализ крови на креатинин, остаточный азот, мочевины, проба Реберга, проба по Зимницкому, посев мочи на флору и определение чувствительности к антибиотикам.
3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с острым аппендицитом, острым холециститом, остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника.
4. Амбулаторное лечение: а) противовоспалительная антибактериальная терапия после определения чувствительности и посева мочи на микрофлору б) диетотерапия с ограничением соли и воды. Белковая диета с большим количеством витаминов группы В, С, А; в) фитотерапия: почечный сбор в течение 3-х месяцев; г) гипотензивная терапия ингибиторы АПФ.
5. Больничный лист 18-21 день, показания к госпитализации - нарастающая ХПН.
6. Комплексный план противорецидивных и реабилитационных мероприятий а) диетотерапия, б) противовоспалительная и противорецидивная терапия; в) иммунокоррекция; г) витаминотерапия; д) трудоустройство; е) санаторно-курортное лечение.
7. Красноуфимск, Янган-Тау, низкоминерализованные источники курорта Минеральных Вод.

Ответ на задачу № 28

1. ДЖВП, дисфункция желчного пузыря по гипотоническому типу, дисфункция сфинктера Одди по гипертоническому типу.
2. Амбулаторное лечение.
3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с холециститом;
 - спазмом сфинктера Одди;
 - стриктурой сфинктера Одди;
 - стриктурой, кистой, деформацией, аномалией развития желчного пузыря, желчевыводящих протоков.
4. Больная трудоспособна.
5. II группа диспансерного наблюдения.
6. Диетотерапия с исключением тугоплавких жиров, обогащение рациона свежими фруктами, овощами, растительными жирами. Назначение препаратов, стимулирующих тонус и сократимость желчного пузыря (Ганатон, Эглонил, Хофитол). Дуоденальный беззондовый тюбаж.
7. Показаний к специальному санаторному лечению нет. Может лечиться в любое время года на любом бальнеологическом курорте РФ.

Ответ на задачу № 29

1. Хронический калькулезный холецистит с преобладанием воспалительного процесса, тяжелое течение, фаза обострения. Осл.: Реактивный гепатит. Соп.: ДЖВП. Гипотоническая форма ЖП. Хронический билиарнозависимый паренхиматозный панкреатит, средней степени тяжести, фаза обострения.
2. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение (повышенное СОЭ, сомнительные симптомы раздражения брюшины).
3. Первичный склерозирующий холангит и обтурирующий холедохит на почве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, почечной коликой, острым панкреатитом, острым аппендицитом
4. Необходимые дообследования: ОАМ на билирубин, желчные пигменты, диастазу, копроцитограмма, УЗИ, ФГС в динамике, кровь на амилазу, липазу, эластаза кала. Консультация гастроэнтеролога, гастрохирурга.
5. Препараты со спазмолитическим действием (нитроглицерин, дюспаталин или спарекс, платифиллин), ИПП, ферменты с 3-4 дня, препараты урсодезоксихолевой кислоты при купировании обострения (урсосан или урдокса и др.). Инфузионная терапия. Препараты сандостатина.
6. Нетрудоспособна 40-45 дней. Медицинские и социальные критерии.
7. Эмпиема желчного пузыря. Самое тяжелое осложнение — развитие холангита, т. е. воспаление внутрипеченочных желчных ходов. Закупорка камнем общего желчного протока. Серьезным осложнением калькулезного холецистита является перфорация пузыря как следствие пролежня от крупного камня. Перихолецистит. Билиарный цирроз. Стриктура ЖП. Механическая желтуха. Желчные свищи. Водянка ЖП («отключенный ЖП»).

Ответ на задачу № 30

1. Хроническая язвенная болезнь 12-перстной кишки, впервые выявленная, ассоциированная с Н.р., язва средних размеров по передней стенке луковицы, средней степени тяжести в активной стадии. Осл.: Перфорация язвы?
2. ФГДС со взятием биоптата на Н. pylori, кровь на антитела IgG к Н.р., кал на скрытую кровь. Консультации гастроэнтеролога, хирурга.
3. Экстренная госпитализация.
4. Снятие болевого синдрома спазмолитики (платифиллин).
5. Показано при выявлении Н.р. — эрадикационная терапия, ИПП, цитопротекторы, спазмолитики, антациды, репаранты, витаминотерапия, обезболивание, седативные. Срок 60-75 дней. Медицинские и социальные критерии.
6. III группа диспансерного наблюдения.
7. Показано санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах РФ, весна, лето, осень, зима. Лечебные факторы: климатический, бальнеологический, диетотерапия, кумысотерапия, фитотерапия. Красноусольский, Юматово, Ассы, Карагай.

ПРОТОКОЛ
экспертизы оценочных материалов

г. _____

«__» _____ 201_ года

«Поликлиническая терапия», наименование дисциплины

31.05.01 Лечебное дело _____,

код и наименование направления подготовки/специальности

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

Положением по разработке, подготовке и оформлению оценочных материалов

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России,

реквизиты локального нормативного акта

утвержденным решением ученого совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России от
29.08.2017г. протокол № 7.

кем, когда

В ходе экспертизы установлено:

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

Общие выводы:

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

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

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ⁴

«Поликлиническая терапия»

(наименование дисциплины (практики))

Проведение экзамена по дисциплине «Поликлиническая терапия» как основной формы проверки знаний обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

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

Оценки «отлично» заслуживает ответ, содержащий:

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

Оценки «хорошо» заслуживает ответ, содержащий:

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

Оценки «удовлетворительно» заслуживает ответ, содержащий:

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

Оценки «неудовлетворительно» заслуживает ответ, содержащий:

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

Примечание:

⁴ - критерии оценки кафедры приводят свои

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

Председатель ЦМК
терапевтических
дисциплин



подпись

Л.В. Волевач

Протокол № 7 от «28» июня 2018 г.

Председатель
специальности
Лечебное дело

УМС



подпись

Д.А. Валишин

Протокол № 7 от «29» июня 2018 г.

Дата

МП



Выписка

из протокола заседания кафедры

№ 11 от 27.06.2018 г.

Присутствовали: зав.кафедрой проф. Волевач Л.В., секретарь доц.Хисматуллина Г.Я., сотрудники кафедры.

Слушали:

завуча кафедры с ФОМ по учебной дисциплине «Поликлиническая терапия» по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО (очная форма обучения) в соответствии с ФГОС ВО.

Рецензенты:

заведующий кафедрой врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, д.м.н., профессор Пименов Л.Т.

заведующий кафедрой внутренних болезней, д.м.н., профессор ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России Крюков Н.Н.

Постановили:

утвердить ФОМ по учебной дисциплине «Поликлиническая терапия» по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО (очная форма обучения) согласно ФГОС ВО.

Председатель, профессор



Л.В. Волевач

Секретарь, доцент



Г.Я. Хисматуллина

Выписка

из протокола заседания ЦМК
по терапевтическим дисциплинам

№ 7 от 28.06.2018 г.

Присутствовали: председатель ЦМК ТП проф. Волевач Л.В.,
секретарь ЦМК ТП доц. Габбасова Л.В., члены ЦМК.

Слушали:

завуча кафедры с ФОМ по учебной дисциплине «Поликлиническая терапия» по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО (очная форма обучения) в соответствии с ФГОС ВО.

Рецензенты:

заведующий кафедрой врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, д.м.н., профессор Пименов Л.Т.

заведующий кафедрой внутренних болезней, д.м.н., профессор ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России Крюков Н.Н.

Постановили:

утвердить ФОМ по учебной дисциплине «Поликлиническая терапия» по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО (очная форма обучения) согласно ФГОС ВО.

Председатель ЦМК ТП профессор

 Л.В. Волевач

Секретарь ЦМК ТП доцент

 Л.В. Габбасова

ВЫПИСКА

из протокола № 7 Учебно-методического совета

специальности Лечебное дело

от «29» июня 2018г.

СЛУШАЛИ: завуча кафедры с ФОМ по учебной дисциплине «Поликлиническая терапия» по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО (очная форма обучения) в соответствии с ФГОС ВО.

Рецензенты: заведующий кафедрой врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, д.м.н., профессор Пименов Л.Т.

заведующий кафедрой внутренних болезней, д.м.н., профессор ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России Крюков Н.Н.

ПОСТАНОВИЛИ: утвердить по учебной дисциплине «Поликлиническая терапия» по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО (очная форма обучения) в соответствии с ФГОС ВО.

Председатель:

Д.м.н., профессор



Д.А. Валишин

Секретарь:

К.м.н., доцент



Н.Т. Карягина