

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



УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по учебной работе  
В.Е.Изосимова  
2025 г.

## ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

### ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (В Т.Ч. СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ)»

Разработчик

Кафедра факультетской терапии

Специальность

31.05.02 Педиатрия

Наименование ОПОП

31.05.02 Педиатрия

Квалификация

Врач – педиатр

ФГОС ВО

Утвержден Приказом Министерства науки  
и высшего образования Российской  
Федерации от «12» августа 2020 г. № 965

## 1. Цель и задачи ОМ (ОС)

**Цель ОМ (ОС)** – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по программе высшего образования – программе специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, освоивших производственную практику «Клиническая практика терапевтического профиля (в т.ч. симуляционное обучение)»

**Основной задачей ОМ (ОС) производственной практики «Клиническая практика терапевтического профиля (в т.ч. симуляционное обучение)»** является оценка достижения обучающимися результатов обучения рассматриваемого направления подготовки.

### **Паспорт тестового материала по производственной практике «Клиническая практика терапевтического профиля (в т.ч. симуляционное обучение)»**

<b>№</b>	<b>Наименование пункта</b>	<b>Значение</b>
1.	Специальность/направление подготовки	Педиатрия
2.	Кафедра	Факультетская терапия
3.	Автор-разработчик	Проф. Мирсаева Г.Х. Доц. Уразаева А.И. Доц. Андрианова О.Л.
4.	Наименование дисциплины	производственная практика «Клиническая практика терапевтического профиля (в т.ч. симуляционное обучение)»
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	108 часов/3 ЗЕ
6.	Наименование папки	Оценочные материалы по производственной практике «Клиническая практика терапевтического профиля (в т.ч. симуляционное обучение)»
7.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	535
8.	Количество заданий	100
9.	Из них правильных ответов должно быть (%):	71 % и более
10.	Для оценки «отл» не менее	91%
11.	Для оценки «хор» не менее	81%
12.	Для оценки «удовл» не менее	71%
13.	Время (в минутах)	90 минут
14.	Вопросы к аттестации	35
15.	Задачи	10

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

Наименование компетенции	Индикатор достижения компетенции
ОПК-5	ОПК-5.1
	ОПК-5.2
	ОПК-5.3
ОПК-7	ОПК-7.1
	ОПК-7.2
	ОПК-7.3
ПК-13	ПК-13.1
	ПК-13.2
	ПК-13.3
	ПК-13.4
	ПК-13.5
	ПК-13.6
ПК-14	ПК-14.1
	ПК-14.2
	ПК-14.3

## **Задания**

**На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.**

**На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.**

### **Код контролируемой компетенции**

#### **ОПК-5**

Способен оценивать морфофункциональные и физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.

<b>№</b>	<b>Компетенции/ индикаторы достижения компетенции</b>	<b>Вопросы</b>	<b>Правильные ответы</b>
<b><i>Дополните</i></b>			
1.	ОПК- 5./ ОПК-5.2	У больного грудная клетка нормальной формы, смещения средостения нет, тупой звук при перкуссии, звонкие влажные хрипы и отчетливая крепитация. Ваш диагноз _____	долевая пневмония
2.	ОПК- 5./ ОПК-5.3.	У больного 55 лет обнаружено отставание правой половины грудной клетки при дыхании, притулление ниже уровня 3-го ребра, там же - ослабленное дыхание и снижение бронхопаркиетики - смещение сердца влево. Вероятный диагноз _____	гидроторакс
3.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	У больной 46 лет ночью стали возникать приступы загрудинных болей, во время которых на ЭКГ регистрировался преходящий подъем сегмента ST. Вероятный диагноз _____	стенокардия Принцметала
4.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	У больной 52 лет приступы загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъеме на третий этаж, проходящие в течение 5 мин. в покое или после приема нитроглицерина. В течение последних 2 недель приступы усилились, стали возникать при ходьбе в обычном темпе. при холтеровском мониторировании в момент приступа зафиксированы синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и депрессия ST,	прогрессирующая стенокардия

		достигающая 2 мм в отведениях v4-v6. на следующий день на ЭКГ в покое в этих же отведениях сохраняется стойкая депрессия ST, достигающая 1 мм. Предположительный диагноз _____	
5.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	Больной 46 лет, ночью стали возникать приступы загрудинных болей, во время которых на ЭКГ регистрировался преходящий подъем сегмента ST. Вероятный диагноз _____	стенокардия Принцметала
6.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	Больной 48 лет, доставлен в бит по поводу острого трансмурального переднеперегородочного инфаркта миокарда. появилась одышка, тахипноэ, снижение АД до 100/70 мм рт. ст., тахикардия до 120 в минуту. в нижних отделах легких появились влажные хрипы. в 3-4 межреберье по левому краю грудиной стал выслушиваться интенсивный sistолический шум с ритмом галопа. насыщение крови кислородом в правом желудочке увеличено. Наиболее вероятный диагноз _____	разрыв межжелудочковой перегородки
7.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	У 45-летнего больного после большой физической нагрузки развились резкие давящие загрудинные боли, отдающие в левую лопатку. боли были купированы скорой помощью внутривенным введением морфина на ЭКГ: подъем ST в отведениях I, aVL, V5-V6, снижение ST в отведениях III, V1-V2. Вероятный диагноз _____	передне-боковой инфаркт миокарда
8.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	Как следует квалифицировать ухудшение в течении болезни, если у больного на 4-й неделе острого инфаркта миокарда возникли интенсивные сжимающие боли за грудиной, появилась отрицательная динамика на ЭКГ и вновь повысилась активность АСТ, АЛТ, КФК – МВ _____	рецидивирующий инфаркт миокарда
9.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	У больного 52 лет с острым передним инфарктом миокарда возник приступ удушья. при осмотре: диффузный цианоз, в легких большое количество влажных разнокалиберных хрипов. ЧСС - 100 в минуту. АД - 120/100 мм рт. ст. Какое осложнение наиболее вероятно _____	отек легких

10.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение возникло у больного _____	стеноз привратника
11.	ОПК- 5./ ОПК-5.3	Наиболее характерный экг-признак вариантной стенокардии _____	подъем ST во время приступа
12.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину. Какое осложнение можно предположить _____	пенетрация
13.	ОПК- 5./ ОПК-5.1.	При каком заболевании наблюдается снижение секреторно-кислотообразующей функции желудка _____	хронический атрофический гастрит
14.	ОПК- 5./ ОПК-5.1	Риск развития ибс уменьшает _____	повышение уровня липопротеидов высокой плотности
15.	ОПК- .5/ ОПК-5.3	К наиболее частым возбудителям внутрибольничной пневмонии относится _____	синегнойная палочка
16.	ОПК- 5./ ОПК-5.3	К возбудителям фридлендеровской пневмонии относится _____	клебсиелла пневмонии
17.	ОПК-5./ ОПК-5.2.	Наиболее специфичным отдаленным метастазом рака желудка является _____	вирховская железа
21.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	Возрастная группа, наиболее подверженная заболеванию острым гломерулонефритом _____	с 2-летнего возраста и до 40 лет
22.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	Острый диффузный гломерулонефрит развивается чаще всего после _____	стрептококковых инфекций
23.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	Среди экзогенных воздействий, способствующих развитию острого гломерулонефрита, Наибольшее значение имеет _____	охлаждение
24.	ОПК- 5./ ОПК-5.4.	Развитие огн вызывают все перечисленные факторы, кроме _____	пищевые продукты

25	ОПК-5/ ОПК-5.1	Под дыхательной недостаточностью понимают _____	состояние, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови, либо последнее достигается перенапряжением аппарата внешнего дыхания, ведущим к снижению его функциональных возможностей
26	ОПК-5/ ОПК-5.1	Чем обусловлено возникновение гангрены легкого _____	воздействием инфекционного фактора-ассоциации гноеродной микрофлоры и неспорообразующих анаэробов; общими факторами, снижающими резистентность макроорганизма к инфекции (иммунодефицит, тяжелый сахарный диабет, злокачественные опухоли, алиментарная дистрофия и т.д.)
27	ОПК-5/ ОПК-5.1	Возбудитель пневмонии, при котором наиболее часто наблюдается деструкция легких _____	стафилококк
28	ОПК-5/ ОПК-5.1	Ведущим патогенетическим механизмом при хобл является _____	необратимая бронхиальная обструкция
29	ОПК-5/ ОПК-5.1	Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной _____	Ишемической болезни сердца (ИБС)

30	ОПК-5/ ОПК-5.2	Что характерно для 2 стадии гипертонической болезни _____	Бессимптомное поражение органов-мишеней
31	ОПК-5/ ОПК-5.1	Ведущим звеном патогенеза гипертонической болезни в начальном периоде является _____	увеличение сердечного выброса вследствие повышения активности симпато-адреналовой системы
32	ОПК-5/ ОПК-5.4	В типичных случаях острая ревматическая лихорадка развивается _____	через 2-3 недели после перенесенной ангины
33	ОПК-5/ ОПК-5.4	Затяжному течению острой ревматической лихорадки соответствует _____	длительность атаки более 6 мес., монотонная моносиндромная картина
34	ОПК-5/ ОПК-5.2	Для острой ревматической лихорадки характерно поражение кожи в виде _____	Кольцевидной эритемы
35	ОПК-5/ ОПК-5.1	Пусковым механизмом для развития хронического панкреатита является _____	активация ферментов в ткани поджелудочной железы и аутолиз
36	ОПК-5/ ОПК-5.2	Кожный симптом, характерный для хронического панкреатита _____	«рубиновые капельки»
37	ОПК-5/ ОПК-5.1	Причиной появления холестаза при хроническом панкреатите является _____	сдавление общего желчного протока головкой поджелудочной железы
38	ОПК-5/ ОПК-5.1	Причиной появления желтухи при хроническом панкреатите обычно является _____	сдавление общего желчного протока головкой поджелудочной железы
39	ОПК-5/ ОПК-5.3	Для хронического гепатита характерная морфологическая картина _____	воспалительная инфильтрация портальных полей

40	ОПК-5/ ОПК-5.1	Причиной желтухи при панкреатите является _____	отек головки поджелудочной железы
41	ОПК-5/ ОПК-5.1	Под влиянием каких средств поджелудочная железа увеличивает секрецию сока и бикарбонатов _____	секретина
42	ОПК-5/ ОПК-5.1	Хронический обструктивный панкреатит наблюдается чаще всего _____	при желчнокаменной болезни
43	ОПК-5/ ОПК-5.3	Для синдрома цитолиза при хроническом гепатите характерно _____	повышение активности АСТ, АЛТ,
44	ОПК-5/ ОПК-5.1	Среди неинфекционных факторов, способствующих развитию гломерулонефрита, важное значение имеет _____	переохлаждение
45	ОПК-5/ ОПК-5.3	Признаком развития ХПН при хроническом гломерулонефrite является _____	повышение уровня креатинина крови, снижение СКФ
46	ОПК-5/ ОПК-5.3	Морфологически при быстропрогрессирующем (подостром) гломерулонефrite характерно _____	экстракапиллярный гломерулонефрит «с полууниями»
47	ОПК-5/ ОПК-5.1	Под дыхательной недостаточностью понимают _____	состояние, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови, либо последнее достигается перенапряжением аппарата внешнего дыхания, ведущим к снижению его функциональных возможностей
48	ОПК-5/ ОПК-5.1	Чем обусловлено возникновение гангрены легкого _____	воздействием инфекционного фактора-ассоциации

			гноеродной микрофлоры и неспорообразующих анаэробов; общими факторами, снижающими резистентность макроорганизма к инфекции (иммунодефицит, тяжелый сахарный диабет, злокачественные опухоли, алиментарная дистрофия и т.д.)
49	ОПК-5/ ОПК-5.1	Возбудитель пневмонии, при котором наиболее часто наблюдается деструкция легких_____	стафилококк
50	ОПК-5/ ОПК-5.1	Ведущим патогенетическим механизмом при хобл является_____	необратимая бронхиальная обструкция
51	ОПК-5/ ОПК-5.1	Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной_____	Ишемической болезни сердца (ИБС)
52	ОПК-5/ ОПК-5.2	Что характерно для 2 стадии гипертонической болезни_____	Бессимптомное поражение органов-мишеней
53	ОПК-5/ ОПК-5.1	Ведущим звеном патогенеза гипертонической болезни в начальном периоде является_____	увеличение сердечного выброса вследствие повышения активности симпато-адреналовой системы
54	ОПК-5/ ОПК-5.4	В типичных случаях острая ревматическая лихорадка развивается_____	через 2-3 недели после перенесенной ангины
55	ОПК-5/ ОПК-5.2	Наиболее часто выявляющийся характер перкуторного звука при хобл _____	коробочный

56	ОПК-5/ ОПК-5.3	Патоморфологический признак поражения сердца при острой ревматической лихорадке	Ашофф-Талалаевские гранулемы
57	ОПК-5/ ОПК-5.2	Для надпеченочной желтухи характерно _____	желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
58	ОПК-5/ ОПК-5.2	Для подпеченочной желтухи характерно _____	желтуха, кожный зуд, положительный симптом Курвуазье
59	ОПК-5/ ОПК-5.2	Для печеночной желтухи характерно _____	желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
60	ОПК-5/ ОПК-5.2	Причины механической желтухи _____	Холедохолитиаз структура Фатерова соска рак головки поджелудочной железы
61	ОПК-5/ ОПК-5.3	Скорость клубочковой фильтрации в пробе реберга-тареева в норме составляет	80-120 мл/мин
62	ОПК-5/ ОПК-5.3	Микроальбуминурия - это потеря белка с мочой в объеме _____	30-300 мг\сут
63	ОПК-5/ ОПК-5.1	В патогенезе гломерулонефрита принимают участие следующие факторы _____	иммунное воспаление базальной мембранны  отложение комплексов "антиген - антитело" на фильтрующей поверхности клубочка  образование капиллярных микротромбов
64	ОПК-5/ ОПК-5.2	Клапанная митральная недостаточность - диагностируется в случае _____	неполное смыкание створок митрального клапана вследствие их органического изменения
65	ОПК-5/ ОПК-5.1	Щелчок открытия митрального клапана _____	возникает через 0,06-0,12 секунд после закрытия аортальных

			клапанов
66	ОПК-5/ ОПК-5.2	Недостаточность левого желудочка практически всегда ведет к перегрузке правых отделов сердца вследствие развития _____	легочной гипертензии «пассивного» типа
67	ОПК-5/ ОПК-5.4	Хроническое течение процесса при хроническом гломерулонефrite обусловлено _____	постоянной выработкой аутоантител к антигенам базальной мембранны клубочков
68	ОПК-5/ОПК-5.1	Наиболее информативным в дифференциальной диагностике хронического бронхита и бронхоэкститической болезни является _____	бронхография
69	ОПК-5/ОПК-5.1	Характерный признак сердечной недостаточности при хроническом легочном сердце у больного с хобл _____	набухание шейных вен
70	ОПК-5/ОПК-5.1	У больной 46 лет, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, внезапно развилась загрудинная боль, одышка смешанного характера, свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа. на экг регистрируются зубец s в первом и зубец q в третьем стандартных отведениях. приведенную выше клиническую картину может обусловить заболевание _____	тромбоэмболия легочной артерии
71	ОПК-5/ОПК-5.1	У больного 27 лет 3 дня тому назад внезапно появился озноб, сухой кашель, боли в правом боку, лихорадка до 38,9°с. правая половина грудной клетки отстает при дыхании. перкуторно от 3-го межреберья спереди и от середины межлопаточного пространства сзади - тупой звук, дыхание в этой области не проводится. левая граница сердца смещена на 1,5 см к наружки от срединноключичной линии. этим данным соответствует диагноз _____	правосторонний экссудативный плеврит
72	ОПК-5/ОПК-5.1	При 2 стадии астматического статуса аускультативно характерно _____	участки «немого легкого»
73	ОПК-5/ОПК-5.1	При хронических обструктивных заболеваниях легких возможно осложнение _____	правожелудочковая недостаточность
74	ОПК-5/ОПК-5.1	Фактор, не участвующий в механизме удушья при бронхиальной астме _____	альвеолярный отек

75	ОПК-5/ОПК-5.1	Аускультативная картина «немого легкого» при астматическом статусе обусловлена_____	полной обтурацией просвета бронхов вязкой мокротой с развитием ателектазов легочной ткани
76	ОПК-5/ОПК-5.1	Современное представление бронхиальной астмы_____	БА - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием эозинофилов, тучных клеток и Т-лимфоцитов
77	ОПК-5/ОПК-5.1	Характерные признаки атопической бронхиальной астмы_____	положительные кожные пробы с аллергенами и связь клинических симптомов с контактом с этими аллергенами
78	ОПК-5/ОПК-5.1	Влажные хрипы в легких обычно выслушиваются при_____	бронхопневмония
79	ОПК-5/ОПК-5.1	Преходящая охриплость голоса как симптом характерен для_____	митрального стеноза
80	ОПК-5/ОПК-5.1	Раннее развитие фибрилляции предсердий характерно для_____	митрального стеноза
81	ОПК-5/ОПК-5.1	Усиление 1 тона на верхушке сердца характерно для_____	митрального стеноза
82	ОПК-5/ОПК-5.1	Голосистолический шум на верхушке сердца, иррадиирующий в левую подмышечную область определяется при_____	недостаточность митрального клапана
83	ОПК-5/ОПК-5.1	Пролапс митрального клапана характеризуется развитием_____	недостаточности митрального клапана
84	ОПК-5/ОПК-5.1	Симптом квинке («псевдокапиллярный пульс») характерен для_____	недостаточности аортального клапана
85	ОПК-5/ОПК-5.1	Диастолический шум флинта характерен для_____	недостаточности аортального клапана

86	ОПК-5/ОПК-5.1	Шум флинта обусловлен_____	относительным митральным стенозом
87	ОПК-5/ОПК-5.1	На крупных артериях определяется двойной тон траубе при_____	недостаточность аортального клапана
88	ОПК-5/ОПК-5.1	Pulsus differens характерен для_____	митрального стеноза
89	ОПК-5/ОПК-5.1	Наблюдается увеличение пульсового артериального давления при_____	недостаточность аортального клапана
90	ОПК-5/ОПК-5.1	Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при_____	аортальный стеноз
91	ОПК-5/ОПК-5.1	На ЭКГ характерны признаки гипертрофии левого предсердия и правого желудочка при_____	митральном стенозе
92	ОПК-5/ОПК-5.1	На ЭКГ характерны признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка при_____	недостаточности митрального клапана
93	ОПК-5/ОПК-5.1	Характерны симптомы мюссэ, квинке и шум флинта при_____	недостаточности аортального клапана
94	ОПК-5/ОПК-5.1	Аусcultативно при трикуспидальной недостаточности определяется_____	систолический шум у мечевидного отростка, усиливающийся на высоте вдоха
95	ОПК-5/ОПК-5.1	Центральное венозное давление (цвд) при трикуспидальной недостаточности_____	повышается
96	ОПК-5/ОПК-5.1	У больной 40 лет обнаружено смещение границ относительной тупости сердца вправо и вверх, симптом диастолического дрожания и диастолический шум на верхушке сердца. У больной вероятен_____	стеноз митрального клапана
97	ОПК-5/ОПК-5.1	У больного 42 лет обнаружено значительное смещение границ относительной тупости сердца влево и вниз, диастолический шум в точке боткина-эрба. У больной вероятен_____	недостаточность аортального клапана

98	ОПК-5/ОПК-5.1	Для митральной недостаточности характерен _____	истолический шум на верхушке
99	ОПК-5/ОПК-5.1	Для митрального стеноза характерен _____	хлопающий первый тон на верхушке
100	ОПК-5/ОПК-5.1	Признак, характерный для аортальной недостаточности _____	пульсация зрачков

№		Вопросы	Правильные ответы
<b>Выберите один правильный ответ</b>			
1.	ОПК-5/ОПК-5.1	<b>ВНЕШНИЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА РАЗВИТИЕ И ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ</b> а) генетическая предрасположенность к атопии б) пол в) ожирение г) аллергены	г
2.	ОПК-5/ОПК-5.1	<b>ПРИ 1 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ</b> а) реже 1 раза в месяц б) реже 1 раза в неделю в) реже 1 раза в день г) ежедневно	б
3.	ОПК-5/ОПК-5.1	<b>ПРИ 2 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ</b> а) реже 1 раза в месяц б) реже 1 раза в неделю в) реже 1 раза в день г) ежедневно	в
4.	ОПК-5/ОПК-5.1	<b>ПРИ 3 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ</b> а) реже 1 раза в месяц б) реже 1 раза в неделю в) реже 1 раза в день г) ежедневно	г
5.	ОПК-5/ОПК-5.1	<b>К ОСНОВНЫМ ЗВЕНЬЯМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ</b> а) бактериемия б) атеросклероз в) гиперхолестеринемия г) активация РААС	а
6.	ОПК-5/ОПК-5.1	<b>ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА ТРИКУСПИДАЛЬНОМ КЛАПАНЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ</b>	г

		<p>а) у больных, находящихся на хроническом гемодиализе</p> <p>б) после операций на полости рта</p> <p>в) после эндоскопических исследований</p> <p>г) у наркоманов, пользующихся внутривенными наркотиками</p>	
7.	ОПК-5/ОПК-5.1	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ, НАБЛЮДАЕМЫЙ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ</p> <p>а) отёки</p> <p>б) лейкоцитурия</p> <p>в) артериальная гипертензия</p> <p>г) протеинурия</p>	г
8.	ОПК-5/ОПК-5.1	<p>ЧТО НЕ ВХОДИТ В КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА</p> <p>а) отеки</p> <p>б) одышка</p> <p>в) гипертония</p> <p>г) гематурия</p>	б
9.	ОПК-5/ОПК-5.1	<p>ПРИ КАКОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХГН НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ КОРТИКОСТЕРОИДЫ</p> <p>а) минимальных изменениях клубочков</p> <p>б) мезангипиллярном</p> <p>в) фокальном сегментарном гломерулосклерозе</p> <p>г) мембранозном</p>	а
10.	ОПК-5/ОПК-5.1	<p>МЕХАНИЗМ, ЛЕЖАЩИЙ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА</p> <p>а) иммунокомплексный</p> <p>б) антителный (антитела к базальной мемbrane почечных клубочков)</p> <p>в) токсическое повреждение почки</p> <p>г) дистрофические изменения почек</p>	а
12.	ОПК-5/ОПК-5.1	<p>ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО</p> <p>а) наличием хронических очагов инфекции</p> <p>б) сенсибилизацией организма к возбудителю</p> <p>в) подавлением иммунной системы</p> <p>г) постоянной выработкой аутоантител к антигенам базальной мембранны клубочков</p>	г
13.	ОПК-5/ОПК-5.1	<p>ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И</p>	в

		БЫСТРО ПРИВОДЯЩИЙ К РАЗВИТИЮ ХПН а) гематурический б) латентный в) смешанный г) гипертонический	
14.	ОПК-5/ОПК-5.1	ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, КОТОРЫЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И БЫСТРО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ХПН а) мембранозный б) мезангиопролиферативный в) фокально-сегментарный г) экстракапиллярный с полулуниями	г
15.	ОПК-5/ОПК-5.1	В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ а) 10-12 дней б) 3-4 дня в) 1 неделя г) 1месяц	а
16.	ОПК-5/ОПК-5.1	В ОСНОВЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЖИТ а) нарушение насосной функции сердца б) снижение АД в) снижение функции автоматизма сердца г) гипертрофия левого желудочка	а
17.	ОПК-5/ОПК-5.1	ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) ожирение б) гиподинамия в) курение г) наличие порока сердца	г
18.	ОПК-5/ОПК-5.1	ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЕДЕТ К ПЕРЕГРУЗКЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ а) повышения легочного сопротивления б) спазма легочных артериол в) ретроградной передачи повышенного давления на сосуды малого круга г) снижения периферического сопротивления	в
19.	ОПК-5/ОПК-5.1	ОСНОВНЫМ ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) тканевая гипоксия б) снижение систолической или диастолической функции миокарда	б

		в) гиперактивация симпато-адреналовой системы г) активация местных тканевых РАС	
20.	ОПК-5/ ОПК-5.1	ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) активация ренин-ангиотензиновой системы (РАС) б) активация симпатико-адреналовой системы в) снижение сократительной способности миокарда г) активация выработки альдостерона и вазопрессина (АДГ)	в
21.	ОПК-5/ ОПК-5.1	РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ СПОСОБСТВУЕТ а) появление отеков на нижних конечностях б) повышение давления в легочных капиллярах в) депонирование крови в печени г) уменьшение постнагрузки	б
22.	ОПК-5/ ОПК-5.1	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) ХОБЛ б) тромбоэмболия легочной артерии в) кардиомиопатии г) миокардит	а
23.	ОПК-5/ ОПК-5.2	К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ВАСКУЛИТОМ ИЛИ ЭМБОЛИЕЙ ОТНОСЯТ а) пятна Лукина б) пальцы в виде барабанных палочек в) ногти в виде часовых стекол г) подкожные ревматические узелки	а
24.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ а) артериальная гипертензия б) сахарный диабет в) курение г) мужской пол	г
25.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ а) употребление алкоголя б) наследственность в) курение г) мужской пол	в

26.	ОПК-5/ ОПК- 5.3	КОЭФФИЦИЕНТ АТЕРОГЕННОСТИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ а) не более 1-1,5 б) не более 2-2,5 в) не более 3-3,5 г) не более 4-4,5	6
27.	ОПК-5/ ОПК- 5.3	ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ УБЕДИТЕЛЬНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЭМ-ПРОБЫ а) реверсия негативного зубца Т б) удлинение интервала PQ в) депрессия сегмента ST не более 2 мм г) появление предсердной экстрасистолии	в
28.	ОПК-5/ ОПК- 5.1	ПЛОЩАДЬ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ а) 1-2 кв. см б) 4-6 кв. см в) 8-10 кв. см г) 8 кв. см	6
29.	ПК-5/ ПК-5.1	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС БЫВАЕТ а) при стенозе устья аорты б) при недостаточности митрального клапана в) при легочной гипертензии любого происхождения г) при недостаточности триkuspidального клапана д) при недостаточности клапана аорты	г
30.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	МЕХАНИЗМОМ ПОЯВЛЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ а) недостаточности аортального клапана б) недостаточности триkuspidального клапана в) недостаточности митрального клапана г) недостаточности клапана легочной артерии	а
31.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	КАКОЙ ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ а) голосистолический б) протосистолический в) мезосистолический г) пресистолический д) протодиастолический	а
32.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	ОСОБЕННОСТЬ ПУЛЬСА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) брадикардия	г

		б) мерцательная аритмия в) малый медленный г) высокий скорый	
33.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ а) S.Aureus б) Str.pneumoniae в) Kl.pneumonia г) H.influentaе	а
34.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	ПОРАЖЕНИЕ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ а) у наркоманов б) у детей в) у мужчин г) у женщин	а
35.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	У НАРКОМАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ а) митральный клапан б) аортальный клапан в) клапан легочной артерии г) трехстворчатый клапан	г
36.	ОПК-5/ ОПК- 5.3	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ЭХО-КГ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ а) гипокинез б) акинез в) вегетации на клапанах г) дилатация полостей сердца	в
37.	ОПК-5/ ОПК- 5.4	К ПАЦИЕНТАМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ а) с врожденными пороками сердца б) с ожирением в) с сахарным диабетом г) с артериальной гипертензией	а
38.	ОПК-5/ ОПК- 5.4	УВЕЛИЧЕНИЮ ЧАСТОТЫ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СПОСОБСТВУЕТ а) рост наркомании б) прием антибиотиков в) повышение уровня жизни г) гиподинамия	а
39.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ а) гиперемия кожных покровов с вишневым оттенком б) цвета «кофе с молоком» в) диффузный цианоз г) желтуха	б

40.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ АНАМНЕТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ а) оперативные вмешательства б) длительное курение в) тесный контакт с больным туберкулезом легких г) психоэмоциональный СТРЕСС	а
41.	ОПК-5/ ОПК- 5.2	ХАРАКТЕРНЫЕ КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ а) кольцевидная эритема б) эритема в форме бабочки на лице в) узелки Ослера г) узелки Гебердена	в
42.	ОПК-5/ ОПК- 5.4	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ - а) острое несоответствие коронарного кровотока и потребностей миокарда в кислороде б) полипозно-язвенное воспаление эндокарда в) системное инфекционно-воспалительное заболевание с поражением клапанов сердца г) первичное поражение миокарда с расширением полостей сердца	в
43.	ОПК-5/ ОПК- 5.4	К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ а) лихорадка б) узелки Ослера в) подвижные вегетации на створках клапана г) пятна Рота	в
44.	ОПК-5/ ОПК- 5.4	К БОЛЬШИМ КРИТЕРИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ а) лихорадка б) лейкоцитоз в) лейкопения г) положительная культура крови	г
45.	ОПК-5/ ОПК- 5.1	ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ а) аортальный клапан б) митральный клапан в) триkuspidальный клапан г) клапан легочной артерии	а
46.	ОПК-5/ ОПК- 5.3	ВЕДУЩИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) положительная культура крови б) отрицательная культура крови в) лейкоцитоз	а

		г) лейкопения	
47.	ОПК-5/ ОПК- 5.4	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) атеросклероз коронарных артерий б) спазм коронарных артерий в) эритроцитоз г) эмболия в коронарные артерии	г
48.	ОПК-5/ ОПК- 5.4	В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАРЯДУ С БАКТЕРИЕМИЕЙ И ПОРАЖЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИЯ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ а) дефицит железа б) снижение общей реактивности организма в) дефицит факторов свертывания крови	б
49.	ОПК-5/ ОПК-5.2	ПРИ РН-МЕТРИИ В ТЕЛЕ ЖЕЛУДКА НОРМАЦИДНЫМИ СЧИТАЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ а) 0.9 – 1.2 б) 1.3 – 1.7 в) 1.8 – 3.0 г) 3.0 – 7.0	б
50.	ОПК-5/ ОПК-5.3	ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ СОСТОЯНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ а) повышение базальной и стимулированной секреции б) секреция не изменяется в) развивается полная ахлоргидрия г) снижение секреторной функции	а
51.	ОПК-5/ ОПК-7.1	ХОЛИНОЛИТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ а) через 30 минут после еды б) через 1-2 часа после еды в) за 30 мин. до еды г) во время приема пищи	б
52.	ОПК-5/ ОПК-5.4	СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А а) неатрофический б) аллергический в) атрофический г) реактивный рефлюкс-гастрит	в
53.	ОПК-5/ ОПК-5.4	СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА В а) неатрофический б) аллергический в) атрофический г) реактивный рефлюкс-гастрит	а
54.	ОПК-5/ ОПК-5.4	СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА С а) неатрофический	г

		б) аллергический в) атрофический г) реактивный рефлюкс-гастрит	
55.	ОПК-5/ ОПК-5.4	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) воспаление слизистой оболочки антравального отдела желудка б) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка в) повреждающее действие желчных кислот г) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия	а
56.	ОПК-5/ ОПК-5.4	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) воспаление слизистой оболочки антравального отдела желудка б) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка в) повреждающее действие желчных кислот г) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия	б
57.	ОПК-5/ ОПК-5.4	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ХИМИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) воспаление слизистой оболочки антравального отдела желудка б) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка в) повреждающее действие желчных кислот г) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия	в
58.	ОПК-5/ ОПК-5.4	КРИТЕРИИ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ФУНДАЛЬНОГО ГАСТРИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ а) может быть тип А б) ассоциирован с Helicobacter pylori в) последствие воздействия эндогенных факторов г) аутоиммунный характер поражения	б
59.	ОПК-5/ ОПК-5.2	ПРИ РН-МЕТРИИ В ТЕЛЕ ЖЕЛУДКА НОРМАЦИДНЫМИ СЧИТАЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ а) 0.9 – 1.2 б) 1.3 – 1.7 в) 1.8 – 3.0 г) 3.0 – 7.0	б
60.	ОПК-5/ ОПК-5.3	ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ СОСТОЯНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА	а

		У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ а) повышение базальной и стимулированной секреции б) секреция не изменяется в) развивается полная ахлоргидрия г) снижение секреторной функции	
61.	ОПК-5/ ОПК-7.1	ХОЛИНОЛИТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ а) через 30 минут после еды б) через 1-2 часа после еды в) за 30 мин. до еды г) во время приема пищи	б
62.	ОПК-5/ ОПК-5.4	СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А а) неатрофический б) аллергический в) атрофический г) реактивный рефлюкс-гастрит	в
63.	ОПК-5/ ОПК-5.4	СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА В а) неатрофический б) аллергический в) атрофический г) реактивный рефлюкс-гастрит	а
64.	ОПК-5/ ОПК-5.4	СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА С а) неатрофический б) аллергический в) атрофический г) реактивный рефлюкс-гастрит	г
65.	ОПК-5/ ОПК-5.4	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) воспаление слизистой оболочки антравального отдела желудка б) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка в) повреждающее действие желчных кислот г) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия	а
66.	ОПК-5/ ОПК-5.4	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) воспаление слизистой оболочки антравального отдела желудка б) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка в) повреждающее действие желчных кислот г) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия	б

67.	ОПК-5/ ОПК-5.4	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ХИМИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) воспаление слизистой оболочки антрального отдела желудка б) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка в) повреждающее действие желчных кислот г) выраженная лимфоцитарная инфилтрация эпителия	в
68.	ОПК-5/ ОПК-5.4	КРИТЕРИИ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ФУНДАЛЬНОГО ГАСТРИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ а) может быть тип А б) ассоциирован с Helicobacter pylori в) последствие воздействия эндогенных факторов г) аутоиммунный характер поражения	б

### Код контролируемой компетенции

**ОПК- 7.** Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	.Вопросы	Правильные ответы
<i>Дополните</i>			
1.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	Препарат для лечения внебольничной пневмонии, вызванной грамположительной флорой _____	амоксициллин
2.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	Препарат выбора для лечения стрептококковой пневмонии	цефтриаксон
3.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	Антибиотик первого ряда для лечения легионеллезной пневмонии _____	азитромицин
4.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	Группа антибиотиков первого ряда для лечения легионеллезной пневмонии _____	макролиды
5.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	Антиангинальный препарат показанный больному стенокардией напряжения,	амлодипин

		страдающему бронхиальной астмой и гипертонической болезнью _____	
6.	ОПК-7./ ОПК-7.1.	Больной 45-лет получает по поводу нестабильной стенокардии инъекции гепарина, в результате передозировки препарата развилось желудочно-кишечное кровотечение для нейтрализации гепарина необходимо применить _____	протаминсуль-фат
7.	ОПК-7./ ОПК-7.1.	Механизм действия β-адреноблокаторов при ибс следующий _____	уменьшение ЧСС и потребности миокарда в кислороде
8.	ОПК-7./ ОПК-7.1.	Механизм действия нитратов при ибс следующий _____	расширение периферических сосудов, уменьшение преднагрузки и потребности миокарда в кислороде
9.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	С антиагрегантной целью у больных ибс применяют _____	клопидогрель
10.	ОПК-7./ ОПК-7.3.	Мужчина 50 лет поступил в бит с типичной клинической картиной и экг острого переднего трансмурального инфаркта миокарда левого желудочка, течение которого осложнилось развитием полной атриовентрикулярной блокады с частотой желудочкового ритма 40 в минуту. наиболее эффективно в этой ситуации _____	установление эндокардиального электрода и проведение временной кардиостимуляции
11.	ОПК-7./ ОПК-7.3.	больной, 64 года. задне-диафрагмальный инфаркт, давность – 12 часов. одышка умеренная, сохраняется болевой синдром. пульс - 64 в минуту, ритмичный, ад - 140/80 мм рт. ст. с чего следует начинать неотложную помочь _____	нитроглицерин внутривенно
12.	ОПК-7./ ОПК-7.1.	Наиболее эффективный дезагрегант _____	аспирин
13.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	У больного развился инфаркт миокарда, осложненный левожелудочковой недостаточностью, с введения какого препарата необходимо начать лечение _____	нитроглицерин в/в

14.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	при остро возникшей сердечной астме применяют _____	фurosемид в/в
15.	ОПК-7./ ОПК-7.3.	Больным, перенесшим инфаркт миокарда, для вторичной профилактики назначают длительно ацетилсалициловую кислоту, потому что она _____	препятствует агрегации тромбоцитов
16.	ОПК-7./ ОПК-7.1.	Трехкомпонентная эрадикационная схема включает в себя _____	омепразол+амоксициллин+кларитромицин
17.	ОПК-7./ ОПК-7.1.	Для препарата фамотидин подберите его характеристику _____	блокатор H <sub>2</sub> -гистаминорецепторов
18.	ОПК-7./ ОПК-7.1.	Для препарата альмагель подберите его характеристику _____	антацид
19.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	Какой из перечисленных препаратов показан при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью _____	натуральный желудочный сок
20.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	Какой из перечисленных препаратов следует назначить больному хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией _____	фамотидин
21.	ОПК-7./ ОПК-7.1.	Какой из перечисленных препаратов блокирует H <sub>2</sub> -гистаминовые рецепторы _____	фамотидин
22.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	Для лечения язвенной болезни не используются _____	симпатомиметики
23.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	У 50-летней больной желчнокаменная болезнь. возник очередной приступ желчной колики. какой из перечисленных препаратов показан для купирования болевого синдрома _____	платифиллин
24.	ОПК-7./ ОПК-7.3.	При лечении гиперкинетической формы дискинезий желчевыводящих путей используется _____	но-шпа
25.	ОПК-7./ ОПК-7.3.	В лечении гиперкинетической формы дискинезий желчного пузыря используют _____	спазмолитические средства

26.	ОПК-7./ ОПК-7.3.	В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют _____	холекинетики
27.	ОПК-7/ ОПК-7.3	Основными и наиболее результативными методами лечения острого абсцесса легкого являются _____	санационная бронхоскопия и трансторакальная пункция с местным применением антибактериальных антисептических средств
28.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Препараты, обладающие наибольшим обезболивающим эффектом при окс _____	Наркотические анальгетики
29.	ОПК-7/ ОПК-7.2	У больного развился инфаркт миокарда, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью. первоочередные мероприятия включают введение следующего препарата _____	лазикс
30.	ОПК-7/ ОПК-7.2	Пациенту, поступившему через 2 часа с болями в грудной клетке в отделение анестезиологии-реаниматологии, со стойким подъемом сегмента st на экг в v2-v5, при отсутствии противопоказаний должны быть назначены в составе первоочередной комплексной терапии _____	тромболитические препараты
31.	ОПК-7/ ОПК-7.3	Для купирования отека легких при инфаркте миокарда применяют _____	нитраты и диуретики в/в, оксигенотерапию
32.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Антиангинальными средствами при лечении ибс являются _____	Нитраты, в-адреноблокаторы, антагонисты кальция
33.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Гиполипидемическими средствами при лечении ибс являются _____	Статины, фибраторы, препараты никотиновой кислоты
34.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Антиагрегантными средствами в лечении ибс являются _____	Аспирин, клопидогрель, тикагрелор

35.	ОПК-7/ ОПК-7.2	Какие лекарственные средства предпочтительны для лечения больного гипертонической болезнью с хронической сердечной недостаточностью_____	Блокаторы РААС, диуретики,
36.	ОПК-7/ ОПК-7.2	Какие лекарственные средства предпочтительны для лечения больного гипертонической болезнью с тахикардией_____	В- адреноблокаторы, антагонисты кальция группы верапамила
37.	ОПК-7/ ОПК-7.2	Какие лекарственные средства предпочтительны для лечения больного гипертонической болезнью с брадикардией_____	Антагонисты кальция группы нифедипина
38.	ОПК-7/ ОПК-7.2	Наиболее оптимальные лекарственные средства для лечения гипертонической болезни в сочетании с ибс (стенокардией напряжения)_____	В-адреноблокаторы
39.	ОПК-7/ ОПК-7.2	Наиболее оптимальные лекарственные средства для лечения гипертонической болезни в сочетании с хронической сердечной недостаточностью_____	Блокаторы РААС, диуретики
40.	ОПК-7/ ОПК-7.2	Наиболее оптимальный препарат для лечения неосложненного гипертонического криза_____	каптоприл
41.	ОПК-7/ ОПК-7.2	Наиболее оптимальный препарат для лечения гипертонического криза, осложненного отеком легких_____	фуросемид
42.	ОПК-7/ ОПК-7.2	Наиболее оптимальный препарат для лечения гипертонического криза, осложненного развитием острого коронарного синдрома_____	нитроглицерин
43.	ОПК-7/ ОПК-7.3	Средством выбора для снижения ад у больных с расслаивающей аневризмой аорты является_____	В-адреноблокатор в\в
44.	ОПК-7/ ОПК-7.3	У больного 58 лет на фоне гипертонического криза развилась нестабильная стенокардия. какой препарат лучше использовать в этой ситуации для внутривенного введения_____	нитроглицерин

45.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Какой препарат лучше использовать для купирования гипертонического криза у беременных_____	магния сульфат
46.	ОПК-/ ОПК-7.1	Какой препарат лучше использовать для лечения артериальной гипертензии у беременных_____	метилдопа
47.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Какие препараты противопоказаны для лечения артериальной гипертензии у беременных_____	Блокаторы РААС
48.	ОПК-7/ ОПК-7.3	Для купирования неосложненного гипертонического криза используют_____	каптоприл сублингвально
49.	ОПК-7/ ОПК-7.1	В качестве этиотропной терапии при острой ревматической лихорадке назначают_____	бензилпенициллин или полусинтетические пенициллины
50.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Препарат с наибольшей ферментативной активностью при хроническом панкреатите_____	кроон
51.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Наиболее эффективно подавляют секрецию поджелудочной железы_____	октреотид, сандостатин
52.	ОПК-7/ ОПК-7.3	Диета у больных с обострением панкреатита в первые 2 дня_____	голод
53.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Какое средство применяется для подавления активности ферментов поджелудочной железы_____	Апротинин
54.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Средство, применяемое для подавления активности ферментов поджелудочной железы_____	Апротинин
55.	ОПК-7/ ОПК-7.3	При угрозе печеночной комы следует ограничить в диете_____	белки
56.	ОПК-7/ ОПК-7.3	Какой из лекарственных препаратов наиболее эффективен для лечения хронических вирусных гепатитов_____	интерферон $\alpha$
57.	ОПК-7/ ОПК-7.4	Критерием эффективности противовирусной терапии при хроническом гепатите с является_____	эlimинация сывороточной HCV-ДНК
58.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Какие лекарственные средства обладают нефропротективными свойствами_____	Ингибиторы АПФ, блокаторы

			рецептора ангиотензина II
59.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Какие лекарственные средства обладают нефропротективными свойствами _____	Ингибиторы АПФ, блокаторы рецептора ангиотензина II
60.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Антибиотик, обладающий наибольшим нефротоксичным действием _____	гентамицин
61.	ОПК-7/ ОПК-7.3	Показание для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефrite _____	нефротическая форма
62.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Препаратом выбора для лечения микоплазменной пневмонии является _____	азитромицин
63.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Препаратом выбора для лечения грибковой пневмонии является _____	флуконазол
64.	ОПК-7/ ОПК-7.1	При пневмоцистной пневмонии у вич-инфицированных больных в лечении используют _____	Триметопrim
65.	ОПК-7/ ОПК-7.1	На догоспитальном этапе в качестве антиагреганта у больного с острым инфарктом миокарда должен быть назначен	аспирин
66.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом: острый нижний инфаркт миокарда. в первые сутки наблюдения внезапно потерял сознание. пульс и давление не определяются. на экг: синусовый ритм с переходом в асистолию желудочков. необходимо начать	непрямой массаж сердца
67.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Для купирования кардиогенного шока при инфаркте миокарда применяется _____	допамин
68.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Для полной av-блокады характерным является _____	пульчный тон Стражеско
69.	ОПК-7/ ОПК-7.1	При приступе пароксизмальной желудочковой тахикардии нельзя применять _____	сердечные гликозиды
70.	ОПК-7/ ОПК-7.1	У больного с синдромом слабости синусового узла с синусовой брадикардией 45 в минуту для консервативного лечения можно назначить _____	атропин

71.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Наиболее эффективный препарат при гиперхолестеринемии_____	аторвастатин
72.	ОПК-7/ ОПК-7.1	У больного 74 лет наблюдались в течение месяца приступы головокружения, редкий пульс. госпитализирован в связи с кратковременной потерей сознания. на ЭКГ зарегистрирована полная поперечная блокада сердца, ЧСС – 36 в минуту, признаков недостаточности кровообращения нет. наиболее рациональная тактика ведения больного_____	имплантация ЭКС
73.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Антиангинальным и противоаритмическим действием при стенокардии обладает _____	метопролол
74.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Синдром «обкрадывания» у больных стенокардией может развиться при использовании _____	дипиридамола
75.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Больной 35 лет страдает гипертонической болезнью 2-й ст., имеет место гиперкинетический тип гемодинамики. следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии_____	бета-адреноблокаторам
76.	ОПК-7/ ОПК-7.1	У больного 58 лет на фоне гипертонического криза развился отек легких. АД - 220/140 мм рт. ст. в этой ситуации лучше использовать препарат_____	лазикс
77.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Нельзя назначать больному гипертонической болезнью с АД - 190/110 мм рт. ст., у которого имеется полипоз носа и бронхиальная астма_____	атенолол
78.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Препарат выбора при лечении АГ у беременных является_____	допегит (метилдопа)
79.	ОПК-7/ ОПК-7.1	К основной группе гипотензивных препаратов на 2-3 стадии заболевания относятся_____	ингибиторы АПФ
80.	ОПК-7/ ОПК-7.1	К холеретикам относятся_____	Препараты, содержащие желчь
81.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Растворению камней в желчном пузыре способствуют_____	Препараты урсодезоксихолевой кислоты

82.	ОПК-7/ ОПК-7.1	У 50-летней больной с желчнокаменной болезнью, возник очередной приступ желчной колики. Для купирования болевого синдрома показаны _____	спазмолитики
83.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Препарат, который назначают при холестатическом синдроме _____	урсофальк
84.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Больной 60 лет с длительным калькулезным холециститом, рецидивирующими приступами желчной колики. противопоказаны _____	желчегонные препараты
85.	ОПК-7/ ОПК-7.1	В период обострения хронического панкреатита противопоказано назначение _____	Ферментов, содержащих желчь
86.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Для подавления протеолиза ткани поджелудочной железы используются	Контрикал, гордокс, октреотид
87.	ОПК-7/ ОПК-7.1	С целью купирования болевого синдрома при обострении хронического панкреатита используются	Ненаркотические анальгетики
88.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Заместительная терапия при внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает назначение _____	Панкреатина, мезима, креона
89.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Для прямого подавления секреции поджелудочной железы применяется _____	сандостатин
90.	ОПК-7/ ОПК-7.1	В борьбе с болью при хп нельзя применять _____	морфий
91.	ОПК-7/ ОПК-7.1	Четырехкомпонентная схема лечения гломерулонефрита включает _____	глюкокортикоиды+цитостатики+ антикоагулянты+ дезагреганты

№	Компетенции/ и/индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильные ответы
		Выберите один правильный ответ	

1.	ОПК-7./ ОПК-7.2	ПРЕПАРАТ, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА а) сальбутамол б) преднизолон в) мукалтин г) атровент	6
2.	ОПК-7./ ОПК-7.1.	β-АГОНИСТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ а) сальбутамол б) беротек в) сальметерол г) беклометазон	в
3.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТАЛ ОТМЕЧАТЬ ПРИСТУПЫ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ СТЕНОКАРДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ а) амлодипин б) атенолол в) эналаприл г) верапамил	6
4.	ОПК-7./ ОПК-7.2.	60-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПОЛИПАМИ В НОСУ, В СВЯЗИ С РАЗВИТИЕМ ИБС НАЗНАЧЕНА СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ а) амлодипин б) аторвастатин в) эналаприл г) аспирин	г
5.	ОПК-7./ ОПК-7.1.	ПРЕПАРАТ - КОМБИНАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО В2-АДРЕНОМИМЕТИКА И ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА а) беродуал б) пульмикорт в) серетид г) сальбутамол	в
6.	ОПК- 7./ ОПК-7.3.	МАШИНОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ 22 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ВОЗБУЖДЕН, ЧСС - 120 УДАРОВ В МИН., ЧД - 32 В МИН. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ: ДЫХАНИЕ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО, ЕДИНИЧНЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ. PaO <sub>2</sub> - 50 ММ РТ. СТ. В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПОЛУЧИЛ БОЛЕЕ 10 ИНГАЛЯЦИЙ БЕРОТЕКА. ВРАЧОМ СКОРОЙ ПОМОЩИ	г

		<p>ВНУТРИВЕННО ВВЕДЕНО 10 мл 2,4% РАСТВОРА ЭУФИЛЛИНА. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНОМУ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ</p> <p>а) эуфиллин парентерально б) внутривенная регидратация в) кортикостероиды г) увеличение дозы симпатомиметиков (альбутамол, беротек, астмопент)</p>	
7.	ОПК- 7./ ОПК-7.2.	<p>БОЛЬНОЙ 49 ЛЕТ В СВЯЗИ С ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАЗНАЧЕН ПРЕДНИЗОЛОН ВНУТРЬ 20 МГ В СУТКИ. ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ПРИЗНАКИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСЧЕЗЛИ, НО ПОЯвились боли в эпигастральной области, изжога, "кислая отрыжка". ПРОВЕДИТЕ КОРРЕКЦИЮ ЛЕЧЕНИЯ</p> <p>а) срочно отменить преднизолон б) вдвое уменьшить суточную дозу преднизолона в) назначить препарат в той же дозе, но с интервалом в несколько дней г) назначить М-холинолитики, антациды, заменить преднизолон бекотидом ингаляционно</p>	г
8.	ОПК- 7./ ОПК-7.1.	<p>КОМБИНИРОВАННЫМ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ</p> <p>а) эуфиллин б) салметерол в) бекотид г) серетид</p>	г
9.	ОПК- 7./ ОПК-7.1.	<p>ПРЕПАРАТ - КОМБИНАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО В2-АДРЕНОМИМЕТИКА И ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА</p> <p>а) беродуал (ипратропия бромид/фенотерол) б) пульмикорт (будесонид) в) серетид (флутиказон/салметерол) г) даксас (рофлумиласт)</p>	в
10.	ОПК- 7./ ОПК-7.2.	<p>62-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТАЛ ОТМЕЧАТЬ ПРИСТУПЫ БОЛЕЙ ЗА ГРУДНОЙ СТЕНОКАРДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ</p> <p>а) коринфар б) метопролол в) нитросорбид</p>	б

		г) верапамил	
11.	ОПК- 7./ ОПК-7.2	У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В СОЧЕТАНИИ С ГИПERTОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ а) метопролол б) амлодипин в) метилдопа г) периндоприл	б
12.	ОПК- 7./ ОПК-7.2.	ПРЕПАРАТ, ПОКАЗАННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА а) атропин б) сальбутамол в) интал г) преднизолон	г
13.	ОПК- 7./ ОПК-7.1.	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭУФИЛЛИНА а) угнетение вагусных влияний б) блокада медиаторов аллергических реакций в) угнетение фосфодиэстеразы г) активация адренорецепторов	в
14.	ОПК- 7./ ОПК-7.1.	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭУФИЛЛИНА а) дилатация бронхов б) снижение бронхиальной секреции в) противоаллергическое действие г) адреномиметическое действие	а
15.	ОПК- 7./ ОПК-7.1.	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА (БЕРОТЕКА) а) снижение тонуса вагуса б) стимуляция $\beta_2$ -рецепторов в) блокада а-рецепторов г) блокада гистаминорецепторов	б
16.	ОПК- 7./ ОПК-7.1.	$\beta$ -АГОНИСТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ а) сальбутамол б) беротек в) салметерол г) фенотерол	в
17.	ОПК- 7./ ОПК-7.4.	ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ПРЕПАРАТУ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ а) нитратами б) селективными бета-блокаторами в) антагонистами кальция г) ингибиторами АПФ	а
18.	ОПК- 7./ ОПК-7.4.	ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ а) статинов б) ингибиторов АПФ в) антагонистов кальция г) бета-блокаторов	а
19.	ОПК- 7./ ОПК-7.1.	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АСПИРИНА а) подавление синтеза ЛПНП в гепатоцитах	в

		б) подавление абсорбции холестерина в кишечнике в) угнетает действие циклооксигеназ г) угнетает синтез витамина К в печени	
20.	ОПК- 7./ ОПК-7.2.	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ а) бронхобструктивный синдром б) беременность в) гипокалиемия г) АВ-блокада 2 степени	б
21.	ОПК- 7./ ОПК-7.2.	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА а) гепарин б) дигоксин в) аспирин г) эналаприл	б
22.	ОПК- 7./ ОПК-7.1.	МЕТОПРОЛОЛ НЕЛЬЗЯ КОМБИНИРОВАТЬ С а) эналаприлом б) аспирином в) верапамилом г) амлодипином	в
23.	ОПК- 7./ ОПК-7.1.	В ОТЛИЧИЕ ОТ ИНГИБИТОРОВ АПФ БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА 2 а) реже вызывают кашель б) не вызывают гипотензии в) уменьшают ЧСС г) увеличивают ЧСС	а
24.	ОПК- 7./ ОПК-7.1.	К БЛОКАТОРАМ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА 2 ОТНОСИТСЯ а) эналаприл б) аспирин в) валсартан г) варфарин	в
25.	ОПК- 7./ ОПК-7.2.	ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ а) синоатриальная блокада б) хроническая сердечная недостаточность в) желудочковая экстрасистолия г) наджелудочковая экстрасистолия	б
26.	ОПК- 7./ ОПК-7.2.	ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ВАРФАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ а) синоатриальная блокада б) фибрилляция предсердий в) желудочковая экстрасистолия г) наджелудочковая экстрасистолия	б
27.	ОПК- 7./ ОПК-7.2.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ВАРФАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ а) тромбоцитопения б) хроническая сердечная недостаточность в) желудочковая экстрасистолия г) гиперкалиемия	а

28.	ОПК-7/ ОПК-7.1	ПАНКРЕАТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ  а) эрадикации Helicobacter pylori б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	г
29.	ОПК-7/ ОПК-7.1	К МИОТРОПНЫМ СПАЗМОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ а) панкреатин б) метоклопрамид в) де-нол г) дротаверин	г
30.	ОПК-7/ ОПК-7.1	ПРЕПАРАТ ФАМОТИДИН а) блокатор H2-гистаминорецепторов б) холинолитик общего действия в) холинолитик местного действия г) антацид	а
31.	ОПК-7/ ОПК-7.3	ПРЕПАРАТ АЛМАГЕЛЬ а) блокатор H2-гистаминорецепторов б) холинолитик общего действия в) холинолитик местного действия г) антацид	г
32.	ОПК-7/ ОПК-7.2	ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ВКЛЮЧАЮТ В КВАДРОСХЕМУ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ а) панкреатин б) де-нол в) атропин г) платифиллин	б
33.	ОПК-7/ ОПК-7.2	ПРОТИВОЯЗВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, БЛОКИРУЮЩИЙ H-2 РЕЦЕПТОРЫ ГИСТАМИНА а) энпростил б) сукральфат в) омепразол г) фамотидин	г
34.	ОПК-7/ ОПК-7.1	К ИНГИБИТОРАМ ПРОТОНОВОГО НАСОСА ОТНОСИТСЯ а) омепразол б) зантақ в) протаб г) смекта	а
35.	ОПК-7/ ОПК-7.1	К ГАСТРОЦИТОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ а) панкреатин б) метронидазол в) атропин г) сукральфат	г
36.	ОПК-7/	ВЫРАЖЕННЫЙ ПРОТИВОРВОТНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ	б

	ОПК-7.1	а) панкреатин б) метоклопрамид в) кларитромицин г) дротаверин	
37.	ОПК-7/ ОПК-7.1	ОКРАШИВАНИЕ КАЛА В ЧЕРНЫЙ ЦВЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ а) панкреатина б) метоклопрамида в) дё-нола г) метронидазола	в
38.	ОПК-7/ ОПК-7.2	У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ 2-ЛЕТНЕЙ РЕМИССИИ ВОЗНИК РЕЦИДИВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЕЙ. БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С СИЛЬНЫМИ БОЛЯМИ И РВОТОЙ КИСЛЫМ СОДЕРЖИМЫМ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЫ ПРЕДПОЧТИТЕ, НАРЯДУ С ДИЕТОЙ И РЕЖИМОМ а) метоклопрамид б) промедол в) атропин г) анальгин	а
39.	ОПК-7/ОПК-7.1	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ а) верапамил б) атенолол в) метилдопа г) гипотиазид	а
40.	ОПК-7/ОПК-7.1	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ а) подавление синтеза ЛПОНП в гепатоцитах б) подавление абсорбции холестерина в кишечнике в) подавление синтеза апопротеина В-100 г) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника	а
41.	ОПК-7/ОПК-7.1	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭЗЕТИМИБА а) подавление синтеза ЛПОНП в гепатоцитах б) подавление абсорбции холестерина в кишечнике в) подавление синтеза апопротеина В-100 г) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника	б
42.	ОПК-7/ОПК-7.1	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, СПОСОБНЫЕ ВЫЗВАТЬ РАБДОМИОЛИЗ а) статины б) фибраты	а

		в) секвестранты желчных кислот г) препараты никотиновой кислоты	
43.	ОПК-7/ОПК-7.1	НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ а) амоксициллин б) флуконазол в) цефтриаксон г) ванкомицин	6
44.	ОПК-7/ОПК-7.1	К СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ а) глюкокортикоиды б) дезагреганты в) гипотензивные г) антикоагулянты	в
45.	ОПК-7/ОПК-7.1	ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СРОЧНОГО ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ а) метаболический ацидоз б) анурия в) анасарка г) высокая гиперкалиемия	г
46.	ОПК-7/ОПК-7.1	НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ а) отеки б) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии в) артериальная гипертония г) макрогематурия	6
47.	ОПК-7/ОПК-7.1	ПРИ «ПУЛЬС-ТЕРАПИИ» ПРИМЕНЯЕТСЯ а) индометацин б) преднизолон в) азатиоприн г) делагил	6
48.	ОПК-7/ОПК-7.1	ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ а) впервые выявленном ХГН б) протеинурии, превышающей 3 г/сут. в) высокой активности ГН г) начинающейся ХПН	в
49.	ОПК-7/ ОПК-7.3	НАЗНАЧЬТЕ ПРЕПАРАТ ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ а) введение прессорных аминов б) лазикс внутривенно в) эуфиллин внутрь г) ингаляция симпатомиметика	6
50.	ОПК-7/ ОПК-7.1	КАКОЙ ДИУРЕТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) лазикс б) вероширон в) диакарб г) гипотиазид	6

51.	ОПК-7/ ОПК-7.1	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К СЕРДЕЧНЫМ ГЛИКОЗИДАМ а) дигоксин б) строфантин в) верошиприон г) коргликон	в
52.	ОПК-7/ ОПК-7.4	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ β-БЛОКАТОРОВ а) синусовая тахикардия б) желудочковая тахикардия в) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия г) бронхиальная астма	г
53.	ОПК-7/ ОПК-7.1	КЛАРИТРОМИЦИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	а
54.	ОПК-7/ ОПК-7.1	ОМЕПРАЗОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	б
55.	ОПК-7/ ОПК-7.1	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ а) подавление синтеза холестерина в гепатоцитах б) подавление абсорбции холестерина в кишечнике в) подавление синтеза апопротеина В-100 г) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника	а
56.	ОПК-7/ ОПК-7.2	АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ а) оксациллин, гентамицин б) амоксициллин, кларитромицин в) фтивазид, рифампицин г) ванкомицин	б
57.	ОПК-7/ ОПК-7.1	КАКОЙ АНТИБИОТИК НАИБОЛЕЕ ВСЕГО ПОКАЗАН БОЛЬНОМУ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ, ВЫЗВАННЫМ СТРЕПТОКОККОМ, С АЛЛЕРГИЕЙ К ПЕНИЦИЛЛИНУ а) эритромицин	г

		б) цефалоспорины в) ампициллин г) ванкомицин	
--	--	--	--

### Код контролируемой компетенции

**ПК-13.** Способен к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия и отсутствия заболевания.

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильные ответы
<i><b>Дополните</b></i>			
1.	ПК-13./ ПК-13.5	Основной рентгенологический признак пневмонии _____	гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
2.	ПК-13./ ПК-13.2	При физикальном обследовании для долевой (крупозной) пневмонии характерно _____ _____	усиление голосового дрожания, бронхиальное дыхание, крепитация
3.	ПК-13./ ПК-13.2	Признак, не соответствующий долевой (крупозной) пневмонии в фазе опечения	мелкопузырчатые, влажные хрипы
4.	ПК-13./ ПК-13.2	Основной диагностический признак очаговой пневмонии _____ _____	влажные, звонкие, мелкопузырчатые хрипы
5.	ПК-13./ ПК-13.2	Патогномоничный аусcultативный признак долевой (крупозной) пневмонии _____ —	крепитация
6.	ПК-13/ ПК-13.5	Характерные изменения в общем анализе крови при пневмонии	лейкоцитоз со сдвигом влево

7.	ПК-13./ ПК-13.5	Изменения на экг, убедительно свидетельствующие о коронарной недостаточности при проведении вэм-пробы	депрессия сегмента ST более 2 мм
8.	ПК-13./ ПК-13.4	Больной 40 лет, жалобы на длительные ноющие боли в прекардиальной области, нечетко связанные с волнениями, ощущения "проколов" в левой половине грудной клетки. При осмотре патологии не выявлено, экг без особенностей. С какого исследования следует начать обследование пациента _____	с велоэргометрии
9.	ПК-13./ ПК-13.5	Какой из перечисленных лабораторных показателей подтверждает развитие инфаркта миокарда в первые 4 часа от начала заболевания	тропонин
10.	ПК-13./ ПК-13.5	Наиболее точным экг-диагностическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является	наличие комплекса QS
11.	ПК-13./ ПК-13.5	Наиболее характерный экг-признак крупноочагового инфаркта миокарда _____	глубокие зубцы Q
12.	ПК-13./ ПК-13.5	Наиболее характерный экг-признак трансмурального инфаркта миокарда _____	зубцы QS
13.	ПК-13/ ПК-13.5	Изменения крови, характерные для острой стадии инфаркта миокарда _____	повышение уровня тропонина, миоглобина, КФК-МВ
14.	ПК-13./ ПК-13.1	Каков характер болей при язвенной болезни 12-перстной кишки _____	боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
15.	ПК-13/ ПК-13.1	Характер боли при гипертонической форме дискинезии _____	схваткообразная боль в правом подреберье при нарушении диеты
16.	ПК-13./ ПК-13.1	Характер боли при гипотонической форме дискинезии _____	постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи

17.	ПК-13./ ПК-13.1	Характер боли при хроническом холецистите _____	боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку при нарушении диеты
18.	ПК-13./ ПК-13.2	Болезненность в области проекции желчного пузыря при вдохе _____	симптом Мюсси
19.	ПК-13./ ПК-13.5	Для острого гломерулонефрита в биохимическом анализе крови характерным является следующее _____	повышение креатинина и мочевины крови
20.	ПК-13./ ПК-13.2	Преимущественная локализация отёков у больных с острым гломерулонефриом _____	лицо
21.	ПК-13./ ПК-13.1	Признак, нехарактерный для вариантной стенокардии _____	физическая нагрузка плохо переносится
22.	ПК-13/ ПК-13.2	При аусcultации абсцесса легкого, соединенного с бронхом определяется _____	амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы
23.	ПК-13/ ПК-13.5	Наиболее характерным изменением общего анализа крови при остром абсцессе легких является _____	нейтрофильный лейкоцитоз
24.	ПК-13/ ПК-13.5	Мокрота, характерная для ii периода абсцесса легкого _____	грязно-гнойная, расслаивающаяся при стоянии на 3 слоя
25.	ПК-13/ ПК-13.2	Характерный аускультативный признак бронхоспазма _____	сухие хрипы
26.	ПК-13/ ПК-13.2	Наиболее характерное изменение окраски кожных покровов при хобл _____	диффузный цианоз, теплый на ощупь
27.	ПК-13/ ПК-13.4	Наиболее информативным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является _____	уровень амилазы крови и мочи
28.	ПК-13/ ПК-13.4	Какой инструментальный метод является «золотым стандартом» в диагностике хронического панкреатита _____	ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная

			холангио-панкреатография)
29.	ПК-13/ ПК-13.2	Наиболее характерным гемодинамическим симптомом кардиогенного шока при инфаркте миокарда является_____	снижение АД менее 80/50 мм рт.ст.
30.	ПК-13/ ПК-13.2	Наиболее неблагоприятным прогностическим признаком у больных острым инфарктом миокарда является_____	Развитие жизнеугрожаемых осложнений: кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность, фибрилляция желудочков, разрывы миокарда
31.	ПК-13/ ПК-13.3	Поражение сердца при гипертонической болезни 2 стадии характеризуется развитием_____	гипертрофии левого желудочка
32.	ПК-13/ ПК-13.5	Поражение почек при гипертонической болезни 3 стадии характеризуется развитием_____	ХБП С4–С5 стадии
33.	ПК-13/ ПК-13.5	Специфичным синдромом гепатита, при котором наблюдается повышение трансаминаэз, является_____	цитолитический
34.	ПК-13/ ПК-13.5	Признаком развития ОНП при остром гломерулонефрите является_____	повышение уровня креатинина крови, олигурия
35.	ПК-13/ ПК-13.3	Симптом, характерный для обструктивного бронхита _____	экспираторная одышка
36.	ПК-13/ ПК-13.1	Заболевания (заболевание), приводящие (ее) к развитию хронического легочного сердца _____	все вышеперечисленные заболевания – ХОБЛ, силикоз, фиброзирующий альвеолит,
37.	ПК-13/ ПК-13.2	Объективный признак, соответствующий хроническому бронхиту крупных и средних бронхов _____	сухие жужжащие хрипы на вдохе и выдохе
38.	ПК-13/ ПК-13.2	У больного движения грудной клетки симметричны, коробочный звук при перкуссии, ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, печеночная тупость смешена вниз. Ваш диагноз	диффузная эмфизема легких

39.	ПК-13/ ПК-13.1	Что относится к немодифицируемым факторам риска развития ибс _____	наследственная отягощенность возраст пол
40.	ПК-13/ ПК-13.4	Метод исследования – «золотой стандарт» диагностики ибс _____	коронарография
41.	ПК-13/ ПК-13.5	Для переднеперегородочной локализации острого трансмурального инфаркта миокарда наиболее типично проявление изменений в следующих отведениях на ЭКГ _____	V1-V3
42.	ПК-13/ ПК-13.5	Экг-диагностическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является _____	наличие комплекса QS
43.	ПК-13/ ПК-13.3	Что относится к осложнениям острого инфаркта миокарда в подостром периоде _____	синдром Дресслера
44.	ПК-13/ ПК-13.1	Острой ревматической лихорадке часто предшествует инфекция, вызванная _____	$\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А
45.	ПК-13/ ПК-13.1	Основной провоцирующий фактор в развитии острой ревматической лихорадки _____	стрептококковая инфекция
46.	ПК-13/ ПК-13.1	После перенесенной стрептококковой инфекции острая ревматическая лихорадка возникает через _____	2-3 недели
47.	ПК-13/ ПК-13.1	Ведущую роль в этиологии острой ревматической лихорадки играет _____	$\beta$ -гемолитический стрептококк группы А
48.	ПК-13/ ПК-13.1	Острая ревматическая лихорадка может развиться через 2-3 недели после перенесенной детской инфекции	скарлатины
49.	ПК-13/ ПК-13.3	К дополнительным (малым) критериям острой ревматической лихорадки на ЭКГ относится _____	удлинение интервала PQ
50.	ПК-13/ ПК-13.1	Недостаточность митрального клапана может развиваться в результате _____	Ревматизма инфаркта миокарда травмы грудной клетки инфекционного эндокардита

51.	ПК-13/ ПК-13.2	При сочетанном митральном пороке сердца границы сердца смещаются_____	влево, вверх и вправо
52.	ПК-13/ ПК-13.5	Наиболее характерные нарушения гемодинамики при митральном стенозе_____	увеличение давления в левом предсердии
53.	ПК-13/ ПК-13.5	Величина диастолического давления в полости левого предсердия при митральном стенозе достигает_____	20 - 30 мм рт. ст.
54.	ПК-13/ ПК-13.2	Как изменяется пресистолический шум у больных митральным стенозом при появлении мерцательной аритмии_____	исчезает
55.	ПК-13/ПК-13.2	Признак, характерный для митральной недостаточности_____	ослабление I тона на верхушке
56.	ПК-13/ ПК-13.2	Если у больного имеется мезосистолический щелчок, за которым следует короткий систолический шум, то можно заподозрить_____	пролапс митрального клапана
57.	ПК-13/ ПК-13.2	Укажите г- признаки сочетанного митрального порока сердца_____	талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого и большого радиуса
58.	ПК-13/ ПК-13.2	Шум флинта обусловлен_____	относительным митральным стенозом
59.	ПК-13/ ПК-13.5	Наиболее информативным методом оценки тяжести митрального стеноза является_____	эхокардиография
60.	ПК-13/ ПК-13.5	Рефлекс китаева (активный спазм легочных артериол) возникает вследствие_____	прогрессирующего роста давления в левом предсердии (более 25 мм рт.ст.) и в легочных венах
61.	ПК-13/ ПК-13.4	Какой метод позволяет верифицировать диагноз цирроза печени_____	биопсия
62.	ПК-13/ ПК-13.5	При циррозе печени какой этиологии в биоптате выявляются тельца маллори_____	алкогольной
63.	ПК-13/ ПК-13.5	Женщина 35 лет предъявляет жалобы на кожный зуд. Больна в течение 3 лет. При обследовании выявлена плотная	билиарный цирроз печени

		увеличенная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 10 см. билирубин - 96 мкмоль/л, прямой - 80 мкмоль/л, щелочная фосфатаза - 400 ед, алт - 86 ед. предположительный диагноз	
64.	ПК-13/ ПК-13.3	Среди внешних факторов, способствующих развитию острого гломерулонефрита, наибольшее значение имеет _____	переохлаждение
65.	ПК-13/ ПК-13.5	Проба, позволяющая выявить снижение клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефrite _____	проба Реберга-Тареева
66.	ОПК-13./ ОПК-13.2.	Экг-признаки гиперкалиемии _____	высокий остроконечный зубец Т
67.	ОПК-13./ ОПК-13.2.	Критерий положительной пробы с физической нагрузкой _____	горизонтальная депрессия интервала ST более 1 мм
68.	ОПК-13./ ОПК-13.4.	Метод исследования, наиболее важный для диагностики ибс в сомнительных случаях _____	VELOЭРГОМЕТРИЯ (ВЭМ)
69.	ПК-13/ПК-13.2	Информативным методом диагностики стенокардии является _____	VELOЭРГОМЕТРИЯ
70.	ПК-13/ПК-13.2	Биохимические маркеры некроза миокарда _____	миоглобин и КФК-МВ
71.	ПК-13/ПК-13.2	Наиболее информативный метод определения некротических изменений в миокарде _____	определение уровня тропонинов в крови
72.	ПК-13/ПК-13.2	Наиболее надежный метод для исключения малигнизации язвы желудка _____	эндоскопия с биопсией
73.	ПК-13/ПК-13.2	Холецистография противопоказана больным _____	аллергией к йоду
74.	ПК-13/ПК-13.2	В каких отведенииах экг выявляется инфаркт задне-боковой локализации _____	3, 2 стандартные, AVF, V5-V6
75.	ПК-13/ПК-13.2	При возникновении острого приступа боли за грудиной у мужчины среднего возраста обследование следует начинать с _____	ЭКГ

76.	ПК-13/ПК-13.2	Для заднедиафрагмальной локализации острого трансмурального инфаркта миокарда наиболее типично проявление изменений в следующих отведениях на ЭКГ _____	3-е, 2-е стандартные отведения, AVF
77.	ПК-13/ПК-13.2	Какой из элементов мокроты с достоверностью свидетельствует о деструкции ткани легкого _____	эластические волокна
78.	ПК-13/ПК-13.2	Показания для диагностической плевральной пункции _____	стойкий выпот, неясные причины выпота
79.	ПК-13/ПК-13.2	Инструментальный метод исследования для диагностики бронхоэктазов _____	бронхография
80.	ПК-13/ПК-13.2	Наиболее информативным лабораторным тестом для диагностики инфаркта миокарда является повышение уровня _____	тропонина
81.	ПК-13/ПК-13.2	Через 6 часов от начала болей за грудиной при остром инфаркте миокарда может быть повышен уровень _____	Тропонина, креатинфосфориназы
82.	ПК-13/ПК-13.2	Нормальное АД _____	120-129/80-84 мм рт. ст.
83.	ПК-13/ПК-13.2	Высокое нормальное АД _____	130-139/85-89 мм рт. ст.
84.	ПК-13/ПК-13.2	Артериальная гипертензия 1 степени _____	140-159/90-99 мм рт. ст.
85.	ПК-13/ПК-13.2	Артериальная гипертензия 2 степени _____	160-179/100-109 мм рт. ст.
86.	ПК-13/ПК-13.2	Артериальная гипертензия 3 степени _____	180/110 мм рт. ст. и выше
87.	ПК-13/ПК-13.2	Целевой уровень АД у больных гипертонической болезнью _____	ниже 140/90 мм рт. ст.
88.	ПК-13/ПК-13.2	Целевой уровень АД у больных сахарным диабетом _____	ниже 130/85 мм рт. ст.
89.	ПК-13/ПК-13.3	В фазу вирусной интеграции при хроническом гепатите В в крови определяется _____	HBsAg

90.	ПК-13/ПК-13.2	В фазу вирусной репликации при хроническом гепатите в маркером активности _____ является	HBeAg
91.	ПК-13/ПК-13.3	Активность хронического гепатита определяется _____	уровнем трансамина
92.	ПК-13/ПК-13.3	В анализах крови для мезенхимально-воспалительного синдрома при хроническом гепатите характерно _____	повышение уровня г-глобулинов, СРБ, СОЭ
93.	ПК-13/ПК-13.2	Маркеры хобл _____	нейтрофилы и необратимая бронхиальная обструкция
94.	ПК-13/ПК-13.2	количество пачка/лет рассчитывается по формуле _____	число выкуриваемых сигарет в сутки х стаж курения (годы)
95.	ПК-13/ПК-13.2	Пациента можно рассматривать как злостного курильщика, если индекс курящего человека (икч) _____	>120
96.	ПК-13/ПК-13.2	Показатель оф <sub>1</sub> при хобл 2 стадии составляет _____	<80%
97.	ПК-13/ПК-13.2	Показатель оф <sub>1</sub> при хобл 3 стадии составляет _____	< 50%
98.	ПК-13/ПК-13.2	Бронхиальная обструкция считается обратимой, если прирост оф <sub>1</sub> при проведении бронходилатационного теста составляет _____	≥ 15%
100.	ПК-13/ПК-13.2	Наиболее точный метод оценки дыхательной недостаточности _____	исследование газового состава артериальной крови

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильные ответы
<i><b>Выберите один правильный ответ</b></i>			
1.	ПК- 13./ ПК- 13.5	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ а) ≤ 6,5 ммоль\л б) ≤ 5,6 ммоль\л	в

		в) ≤ 5,0 ммоль\л г) ≤ 3,0 ммоль\л	
2.	ПК-13./ ПК-13.5.	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ХС ЛПНП В ПЛАЗМЕ КРОВИ а) ≤ 6,5 ммоль\л б) ≤ 5,6 ммоль\л в) ≤ 5,0 ммоль\л г) ≤ 3,0 ммоль\л	г
3.	ПК-13./ ПК-13.5.	ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ а) стекловидная, вязкая б) гнойная в) с прожилками крови г) слизисто-гнойная	а
4.	ПК-13/ ПК-13.3	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНА АНЕМИЯ а) железодефицитная б) В <sub>12</sub> - дефицитная в) гипопластическая (апластическая) г) гемолитическая	б
5.	ПК-13/ ПК-13.5	В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И РАКОМ ЖЕЛУДКА САМЫМ ВАЖНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ а) рентгеноскопия желудка б) реакция Грегерсена в) фиброгастроскопия с прицельной биопсией г) исследование желудочной секреции с гистамином	в
6.	ПК-13/ ПК-13.2	ПОЯВЛЕНИЕ ШУМА ПЛЕСКА ПРИ ТОЛЧКОВОЙ ПЕРКУССИИ В ЭПИГАСТРИИ СПУСТЯ 5-6 Ч ПОСЛЕ ПРИЕМА ЖИДКОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О а) развитии перфорации желудка б) развитии желудочного кровотечения в) обострении хронического гастрита г) развитии стеноза привратника	г
7.	ПК-13/ ПК-13.5	САМЫМ НАДЕЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ЯЗВЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ а) рентгенологическое б) кала на скрытую кровь в) желудочной секреции г) эндоскопическое	г
8.	ПК-13/ ПК-13.5	НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА а) рентгенологический б) исследование кала на скрытую кровь в) желудочный сок с гистамином г) эндоскопия с биопсией	г

9.	ПК-13/ ПК-13.1	У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОЯВИЛИСЬ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА. ЭТО ОСЛОЖНЕНИЕ а) стеноз привратника б) пенетрация в) малигнизация г) перфорация	б
10.	ПК-13/ ПК-13.1	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ ЖЕЛУДКА, ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ а) стеноз привратника б) пенетрация в) малигнизация г) перфорация	а
11.	ПК-13/ ПК-13.1	У 30-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ОТМЕЧАЮТСЯ НОЧНЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, УМЕНЬШАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ. ВНЕЗАПНО ПОСЛЕ ПОДЪЕМА ТЯЖЕСТИ ПОЯВИЛИСЬ ОСТРЫЕ БОЛИ. ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ а) стеноз привратника б) пенетрация в) малигнизация г) перфорация	г
12.	ПК-13/ ПК-13.5	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫСЕВАЕТСЯ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ а) стафилококк б) энтерококк в) грибы рода candida г) Helicobacter Pylori	г
13.	ПК-13/ ПК-13.1	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПИЛОРОСТЕНОЗА а) рвота кофейной гущей б) интенсивные боли опоясывающего характера в) рвота к вечеру утренней пищей г) похудание, нарастание анемии	в
14.	ПК-13/ ПК-13.1	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА а) рвота кофейной гущей б) рвота к вечеру утренней пищей в) интенсивные боли опоясывающего характера г) мелена	а
15.	ПК-13/	ВЫБЕРИТЕ ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА	б

	ПК-13.1	а) болевой б) желудочной диспепсии в) кишечной диспепсии г) астеноневротический	
16.	ПК-13/ ПК-13.1	ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОТЛИЧАЮЩИЙ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ а) особенности болевого синдрома б) отсутствие сезонности обострений в) диагностика Helicobacter pylori г) астеноневротический	а
17.	ПК-13/ ПК-13.1	57-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ, ЧТО В ТЕЧЕНИЕ ГОДА 1-2 РАЗА В МЕСЯЦ ПОД УТРО ВОЗНИКАЮТ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ОТДАЮЩИЕ ПОД ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ, КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ ПОЛУЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА. ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ В МОМЕНТ ПРИСТУПА ПОДЪЕМ ST В ОТВЕДЕНИЯХ V2-V5 8 ММ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ST НА ИЗОЛИНИИ. КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНОГО а) стабильная стенокардия 4-го функционального класса б) инфаркт миокарда в) ишемическая дистрофия миокарда г) вариантная стенокардия	г
18.	ПК-13/ ПК-13.2,3	ВАРИАНТЫ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ а) стенокардия Принцметала б) впервые возникшая стенокардия напряжения в) прогрессирующая стенокардия г) частая стенокардия напряжения и покоя	а
19.	ПК-13/ ПК-13.4	ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP) а) выявление HP в гистологических препаратах слизистой оболочки желудка б) выявление HP в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка в) выделение чистой культуры HP и определение ее чувствительности к антибиотикам г) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)	б
20.	ПК-13/ ПК-13.4	БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)	б

		а) выявление НР в мазках -отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка б) выделение чистой культуры и определение ее чувствительности к антибиотикам в) выявление фрагментов ДНК НР методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале) г) определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов $^{14}\text{C}$ или $^{13}\text{C}$ (дыхательный тест)	
21.	ПК-13/ ПК-13.4	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> (НР) а) выявление НР в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка б) выделение чистой культуры НР и определение чувствительности к антибиотикам в) выявление антител IgM и IgG к НР в крови с помощью ИФА г) выявление фрагментов ДНК НР методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)	в
22.	ПК-13/ ПК-13.4	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> (НР) а) выявление НР в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка б) выявление фрагментов ДНК НР в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале) методом ПЦР в) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест) г) выявление антител IgM и IgG к НР в крови с помощью иммуноферментного анализа	6
23.	ПК-13/ ПК-13.4	ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> (НР) а) выявление НР в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка б) выявление НР в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка в) выделение чистой культуры и определение чувствительности к антибиотикам г) выявление фрагментов ДНК НР в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале) методом ПЦР	а
24.	ПК-13/ПК-13.4	БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> (НР) ОСНОВАН НА ВЫЯВЛЕНИИ а) изучение уреазной активности НР в биоптатах слизистой оболочки желудка (CLO-тест)	а

		б) выявление антител IgM и IgG к H.pylori в крови с помощью иммуноферментного анализа в) выделение чистой культуры НР и определение чувствительности к антибиотикам г) выявление фрагментов ДНК НР в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале) методом ПЦР	
25.	ПК-13/ ПК-13.3	ОСНОВНЫМ НАЧАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЗАСТОЙНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) периферические отеки нижних конечностей б) гипертензия в малом круге кровообращения в) выпот в плевральных полостях г) увеличение живота	а
26.	ПК-13/ ПК-13.2	ОДНИМ ИЗ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) отеки б) одышка в) увеличение печени г) цианоз	б
27.	ПК-13/ ПК-13.4	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ И ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ а) электрокардиография б) эхокардиография в) рентгенография сердца в трех проекциях г) фонокардиография	б
28.	ПК-13/ ПК-13.4	ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (НР) а) выявление НР в гистологических препаратах слизистой оболочки желудка б) выявление НР в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка в) выделение чистой культуры НР и определение ее чувствительности к антибиотикам г) выявление фрагментов ДНК НР методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)	б

#### Код контролируемой компетенции

**ПК-14.** Способен к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

На открытое задание рекомендованное время – 3 мин.

№	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильные ответы
<b>Дополните</b>			
1.	ПК- 14./ ПК-14.1.	Наиболее частая причина боли в грудной клетке при долевой (крупозной) пневмонии - _____	развитие фибринозного воспаления плевры
2.	ПК- 14./ ПК-14.2.	Приступ стенокардии является ситуацией, угрожающей развитием _____	инфаркта миокарда
3.	ПК- 14./ ПК-14.1.	Для стенокардии напряжения фк 2 характерно _____	незначительное ограничение физической активности, возникновение приступов при подъеме по лестнице выше 1 этажа
4.	ПК- 14./ ПК-14.1.	Что из перечисленного не соответствует стенокардии _____	длительность болей 40 мин и более
5.	ПК- 14./ ПК-14.1.	Для стенокардии напряжения фк 3 характерно _____	незначительное ограничение физической активности, возникновение приступов при подъеме по лестнице выше 1 этажа,
6.	ПК- 14./ ПК-14.1.	Впервые возникшая стенокардия характеризуется появлением приступов стенокардии давностью _____	1 месяц
7.	ПК- 14./ ПК-14.1.	Симптом, который может наблюдаться при постинфарктном кардиосклерозе _____	нарушения ритма, левожелудочковая недостаточность, аневризма левого желудочка

8.	ПК- 14./ ПК-14.1.	Укажите сроки латентного периода, после которого появляются симптомы нефрита _____	2-3 недели
9.	ПК- 14./ ПК-14.1.	Вариант хронического гломерулонефрита, выявляемый при случайном обследовании _____	латентный
10.	ПК- 14./ ПК-14.1.	Боли в области поясницы при остром гломерулонефрите могут быть связаны _____	с набуханием почек
11.	ПК- 14./ ПК-14.1.	Что из перечисленного не характерно для стенокардии 1-го функционального класса _____	возникновение болей при подъеме до 1-го этажа
12.	ПК- 14./ ПК-14.2	Верное утверждение в отношении вариантной стенокардии принципа _____	вариантная стенокардия возникает в результате спазма коронарных артерий
13.	ПК- 14./ ПК-14.2	Для хронического холецистита в отличие от дискинезии желчевыводящих путей характерно _____ -	утолщение стенки желчного пузыря на УЗИ
14.	ПК- 14./ ПК-14.1	Предположение о хронической ИБС, стенокардии становится наиболее вероятным, когда _____	описан типичный ангинозный приступ, выявлены атеросклеротические изменения (бляшки) артерий при коронарографии
15.	ПК- 14./ ПК-14.1	Какое из положений в отношении вариантной стенокардии (принципа) верно _____ —	причиной болей является коронароспазм
16.	ПК- 14./ ПК-14.1	Симптом, который может наблюдаться при постинфарктном кардиосклерозе _____	нарушения ритма, левожелудочковая недостаточность, аневризма левого желудочка
17.	ПК- 14./ ПК-14.2	Что из перечисленного не соответствует стенокардии _____	длительность болей 40 мин и более

18.	ПК- 14./ ПК-14.1	Боли в области поясницы при остром гломерулонефrite могут быть связаны _____	с набуханием почек
19.	ПК- 14./ ПК-14.1	Укажите сроки латентного периода, после которого появляются симптомы нефрита_____	2-3 недели
20.	ПК- 14./ ПК-14.1	Вариант хронического гломерулонефрита, выявляемый при случайном обследовании _____	латентный
21.	ПК- 14./ ПК-14.1	Синдром дресслера, развивающийся при инфаркте миокарда - это _____	автоиммунная реакция
22.	ПК- 14./ ПК-14.1	Не относится к осложнениям острого инфаркта миокарда в остром периоде_____	синдром Дресслера
23.	ПК- 14./ ПК-14.1	Для синдрома дресслера характерно _____	Повышение температуры тела, перикардит, плеврит, пневмония
24.	ПК- 14./ ПК-14.1	Для тампонады сердца характерно _____	парадоксальный пульс
25.	ПК- 14./ ПК-14.1	Для кардиогенного шока характерно _____	снижение АД менее 90/50 мм рт. ст.
26.	ПК- 14./ ПК-14.1	Клиническим проявлением перфорации язвы является _____	острая «кинжалная» боль
27.	ПК- 14./ ПК-14.1	Стрессовая язва желудка проявляется чаще _____	кровотечением
28.	ПК- 14./ ПК-14.1	К вам на прием обратился больной с жалобами на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды и натощак. На наличие какой	язвенная болезнь 12-перстной кишки

		патологии предположительно указывает этот симптом _____	
29.	ПК- 14./ ПК-14.1	Возрастная группа, наиболее подверженная заболеванию острым гломерулонефритом _____	с 2-летнего возраста и до 40 лет
30.	ПК- 14./ ПК-14.1	Острый диффузный гломерулонефрит развивается чаще всего после _____	стрептококковых инфекций
31 .	ПК- 14./ ПК-14.1	При приступе бронхиальной астмы характерно одышка	экспираторная
32.	ПК-14/ ПК-14.2	согласно марсельско-римской классификации хп (1988) различают следующие формы _____	Кальцифицирующий, обструктивный, фиброзно-индуративный, кисты и псевдокисты
33.	ПК-14/ ПК-14.2	Больной 50 лет, злоупотребляет алкоголем, с тяжелым кариесом зубов. В течение 2 недель слабость, боли в грудной клетке справа. Лихорадка, кашель с гнойной мокротой. На рентгенограмме полость 3 см в диаметре в верхней доле справа, наполненная жидкостью. Наиболее вероятный диагноз _____	Абсцесс легкого
34.	ПК-14/ ПК-14.2	У больного 35 лет в течение 2 недель слабость, потливость, утомляемость, боли в правом боку при дыхании, температура 38°с, чд - 28 в минуту, пульс - 100 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Голосовое дрожание справа внизу не проводится, там же интенсивное притупление. Дыхание над нижним отделом правого легкого ослаблено. Границы сердца смещены влево. Анализ крови: лейк. – 12x10 <sup>9</sup> /л, п/я - 13%, лимф. - 13%, соэ - 38 мм/ч. диагноз _____	экссудативный плеврит

35.	ПК-14/ ПК-14.2	У больного с острым инфарктом миокарда (1-е сутки) развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. На экг: зубец р не определяется, qrs уширен (0.12 сек) и деформирован, число желудочковых сокращений 150 в минуту. Ваш диагноз _____	желудочковая пароксизмальная тахикардия
36.	ПК-14/ ПК-14.3	На 3-й неделе после инфаркта миокарда отмечаются боль в грудной клетке, повышение температуры тела, увеличение соэ, шум трения перикарда. Предполагаемый диагноз _____	постинфарктный синдром Дресслера
37.	ПК-14/ ПК-14.1	У больного 52 лет с острым передним инфарктом миокарда возник приступ удушья. при осмотре: диффузный цианоз, в легких большое количество влажных разнокалиберных хрипов. Чсс - 100 в минуту. ад - 120/100 мм рт.ст. наиболее вероятное возникшее осложнение _____	отек легких
38.	ПК-14/ ПК-14.1	Какой экг признак соответствует диагнозу гипертоническая болезнь 2 стадии_____	индекс Соколова-Лайона более 35 мм
39.	ПК-14/ ПК-14.3	Какое заболевание сердца характерно для 3 стадии гипертонической болезни _____	ИБС, Инфаркт миокарда
40.	ПК-14/ ПК-14.1	На какой стадии гипертонической болезни гипертонические кризы могут осложнять течение заболевания _____	На любой стадии
41.	ПК-14/ ПК-14.3	Мужчина, 60 лет, страдает артериальной гипертензией более 5 лет, курит. Перенес операцию стентирование коронарных артерий. При измерении ад = 160/95 мм рт ст. Определите правильный диагноз _____	гипертоническая болезнь 3 стадия 2 степень риск 4
42.	ПК-14/ ПК-14.1	При гипертонической болезни 3 стадии клинический синдром поражения периферических сосудов нижних конечностей называется _____	«перемежающейся» хромотой
43.	ПК-14/ ПК-14.2	У больного 58 лет, перенесшего аортокоронарное шунтирование, на фоне гипертонического криза ад - 220/140 мм	коронарная реваскуляризация

		рт. ст. Какой критерий характеризует 3 стадию гипертонической болезни _____	
44.	ПК-14/ ПК-14.3	Исходом острой ревматической лихорадки может быть _____	хроническая ревматическая болезнь сердца
45.	ПК-14/ ПК-14.1	Хронический гепатит - диффузный процесс в печени, продолжающийся более _____	6 месяцев
46.	ПК-14/ ПК-14.2	Для какого хронического вирусного гепатита характерна малосимптомность _____	хронического вирусного гепатита С
47.	ПК-14/ ПК-14.2	при каком гепатите исходом является развитие гепатоцеллюлярной карциномы _____	хроническом вирусном гепатите С
48.	ПК-14/ ПК-14.2	Для какой формы хронического гломерулонефрита характерно повышение ад _____	гипертонической формы хронического гломерулонефрита
49.	ПК-14/ ПК-14.1	Что соответствует стенокардии _____	возникновение болей за грудиной при физической нагрузке длительность болей менее 20 минут боли купируются нитроглицерином
50.	ПК-14/ ПК-14.2	При постинфарктном кардиосклерозе может наблюдаться	аневризма левого желудочка
51.	ПК-14/ ПК-14.2	Для кардиогенного шока характерно _____	Олигоанурия Гипотония с тахикардией
52.	ПК-14/ ПК-14.2	Для острой ревматической лихорадки справедливо утверждение	поражаются в основном крупные суставы
53.	ПК-14/ ПК-14.2	Для острой ревматической лихорадки справедливо утверждение _____	поражается в основном миокард и эндокард с последующим развитием пороков сердца и ХСН
54.	ПК-14/ ПК-14.1	Какой клапан сердца раньше поражается при острой ревматической лихорадке _____	митральный

55.	ПК-14/ ПК-14.1	Наиболее характерным поражением кожи при острой ревматической лихорадке является _____	кольцевидная эритема
56.	ПК-14/ ПК-14.2	iii - ей степени активности ревматического процесса соответствует _____	C - реактивный белок +++
57.	ПК-14/ ПК-14.1	Ревматический артрит характеризуется _____	«летучим» поражением крупных суставов
58.	ПК-14/ ПК-14.1	Кольцевидная эритема локализуется на коже _____	внутренней поверхности конечностей
59.	ПК-14/ ПК-14.2	К дополнительным (малым) критериям острой ревматической лихорадки относится _____	лихорадка
60.	ПК-14/ ПК-14.2	исходом острой ревматической лихорадки является _____	хроническая ревматическая болезнь сердца
61.	ПК-14/ ПК-14.1	При митральном пороке сердца характерное изменение цвета кожных покровов _____	акроцианоз, цианотический румянец
62.	ПК-14/ ПК-14.2	Какой синдром отличает цирроз печени от хронического гепатита _____	портальной гипертензии
63.	ПК-14/ ПК-14.2	Что отличает первичный билиарный цирроз от вторичного билиарного цирроза печени _____	образование аутоантител к мемbrane клеток желчных протоков
64.	ПК-14/ ПК-14.1	Какой признак цирроза печени не отражает портальную гипертензию _____	желтуха
65.	ПК-14/ ПК-14.1	К клиническим проявлениям печеночной энцефалопатии относится _____	инверсия сна, раздражительность
66.	ПК-14/ ПК-14.2	Для оценки функции печени при циррозе по чайлд-пью используют следующие показатели _____	билирубин, ПТИ, альбумин
67.	ПК-14/ ПК-14.2	Клиническими признаками тяжести цирроза печени по чайлд-пью являются _____	асцит, энцефалопатия
68.	ПК-14/ ПК-14.2	Клиническими признаками гепато-рenalного синдрома при циррозе печени являются _____	олигурия, азотемия

69.	ПК-14/ ПК-14.2	Характерным лабораторным признаком рака печени является _____	повышение а-фетопротеина
70.	ПК-14/ ПК-14.2	Для холестатического синдрома при хроническом гепатите характерно _____	повышение уровня щелочной фосфатазы, г-глютаматтранспептидазы, холестерина
71.	ПК-14/ ПК-14.2	Для синдрома цитолиза, развивающегося при вирусном гепатите и других острых повреждениях печени, характерно _____	повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
72.	ПК-14/ ПК-14.2	Признак, позволяющий отличить цирроз печени от первичного рака печени _____	отсутствие в крови а- фетопротеина
73.	ПК-14/ ПК-14.2	У больного имеется портальный цирроз печени со спленомегалией. В анализе крови: нв - 90 г/л, эритроциты - 2,5 млн, лейкоциты - 3,5 тыс, тромбоциты - 74 тыс. формула без особенностей. Чем объяснить изменения в крови _____	гиперспленизмом
74.	ПК-14/ ПК-14.2	Гепатомегалия, спленомегалия и мелена вызывают подозрение _____	на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
75.	ПК-14/ ПК-14.2	Какая форма гломерулонефрита характерна для болезни берже _____	Гематурическая

	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильный ответ
1.	ПК-14/ ПК-14.1	КАКОЙ ПРИЗНАК ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) набухание шейных вен б) асцит в) увеличение печени г) ортопноэ	г
2.	ПК-14/ ПК-14.1	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) ортопноэ б) асцит в) увеличение печени г) набухание шейных вен	а
3.	ПК-14/ ПК-14.1	ДЛЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ	а

		НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) увеличение печени б) кашель в) сердечная астма г) акроцианоз	
4.	ПК-14/ ПК-14.2	УМЕРЕННОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО NYHA а) I класса б) II класса в) III класса г) IV класса	б
5.	ПК-14/ ПК-14.2	ВЫРАЖЕННОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО NYHA а) I класса б) II класса в) III класса г) IV класса	в
6.	ПК-14/ ПК-14.2	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ХСН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ а) ревматические пороки сердца б) ИБС в) артериальная гипертензия г) кардиомиопатия	б
7.	ПК-14./ ПК-14.1	ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО а) экспираторная одышка б) инспираторная одышка в) мелкопузырчатые влажные хрипы г) кашель с гнойной мокротой	а

Вопросы для проверки теоретических знаний по производственной практике

«Клиническая практика терапевтического профиля»

Компетенции/индикаторы достижения компетенции	Вопросы к зачету по производственной практике «Клиническая практика терапевтического профиля»
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	1. Анафилактический шок. Причины развития. Клиника, неотложная помощь.

ОПК-7	2. Физиотерапевтические методы лечения при заболеваниях внутренних органов.
ОПК-7	3. Диета при заболеваниях внутренних органов.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	4. Внебольничная пневмония (долевая, очаговая). Клиника, диагностика, лечение. Осложнения пневмонии. Неотложная помощь.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	5. Инфекционно-токсический шок. Причины развития. Клинические проявления. Неотложная помощь.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	6. Хронический необструктивный бронхит. Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	7. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	8. Бронхиальная астма. Клиника. Диагностика. Современное лечение бронхиальной астмы в приступный и межприступный период.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	9. Астматический статус. Причины развития. Формы. Стадии. Принципы лечения.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	1. Инфекционные деструкции легких. Клиника абсцесса и гангрены легких. Диагностика. Осложнения. Лечение.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	2. Гипертоническая болезнь. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения гипертонической болезни.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	3. Осложнения гипертонической болезни (сердечные, мозговые, почечные, аортальные). Гипертонические кризы. Неотложная помощь.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	4. ИБС. Внезапная коронарная смерть. Диагностика. Неотложная помощь.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	5. ИБС. Стенокардия напряжения (стабильная). Клиника. Современная медикаментозная терапия.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	6. ИБС. Нестабильная стенокардия. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	7. ИБС. Инфаркт миокарда. Клинические варианты. Лабораторная и ЭКГ диагностика. Купирование болевого синдрома при инфаркте миокарда. Принципы лечения.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	8. Осложнения инфаркта миокарда (кардиогенный шок, нарушения ритма сердца). Диагностика. Неотложная помощь.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	9. Нарушения проводимости сердца при инфаркте миокарда. Синдром Морганьи - Адамса – Стокса. ЭКГ - диагностика. Неотложная помощь.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	10. Острая ревматическая лихорадка. Критерии диагностики. Лечение.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	11. Пороки митрального клапана (недостаточность, митральный стеноз). Клиника. Диагностика. Осложнения. Принципы лечения.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	12. Пороки аортального клапана (недостаточность, аортальный стеноз). Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	13. Инфекционный эндокардит. Клиника, диагностические критерии, осложнения. Лечение.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	14. Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких). Причины развития. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	15. Острая сосудистая недостаточность. Обморок, коллапс, шок. Причины развития. Клиника. Неотложная помощь.

ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	16.Хроническая сердечная недостаточность. Клиника. Диагностика. Современные принципы лечения.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	17.Хронический гастрит. Клиника. Методы диагностики. Лечение
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	1. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения. Эрадикационная терапия НР-ассоциированных заболеваний желудка.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	2. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Диагностика. Неотложная помощь Показания к переводу больных в хирургическое отделение.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	3. Хронический панкреатит. Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	4. Хронический холецистит. Дискинезии желчевыводящих путей. Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	5. Хронический гепатит. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	6. Циррозы печени. Клиника. Диагностика. Осложнения. Принципы лечения.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	7. Гломерулонефриты (острый, хронический). Клиника, диагностика. Принципы лечения.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	8. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Республике Башкортостан: клинические особенности, осложнения. Принципы лечения.
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	9. Железодефицитная анемия. Клиника. Диагностика, принципы лечения.

Компетенции/индикаторы достижения компетенции	Задачи
<b>ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14</b>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 1</b></p> <p>Больная А. 38 лет, продавец поступила в клинику с жалобами на озноб, резкую слабость, повышение <math>t^0</math> тела до <math>39,5^0</math>, кашель с гнойной мокротой в количестве 30-40 мл в сутки, тошноту. Заболела остро, 5 дней назад после переохлаждения поднялась температура до <math>38,3^0</math>, появилась боль в правой половине грудной клетки, выраженная одышка, кашель. В анамнезе - перенесенный 2 недели назад грипп.</p> <p><u>Объективно:</u> общее состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Перкуторно - укорочение легочного звука справа в нижних отделах, аускультативно дыхание везикулярное, усиленное справа ниже угла лопатки. Там же выслушиваются звучные влажные хрипы. ЧД - 36 в 1 минуту. Границы сердца не увеличены, тоны ритмичны, приглушенны, тахикардия. ЧСС - 96 в 1 минуту. АД 80/50 мм рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена.</p> <p><u>Данные дополнительных исследований:</u></p>

	<p><u>Анализ крови:</u> Эр. - <math>4,8 \cdot 10^{12}/\text{л}</math>, Нв - 140 г/л, Цв.п. - 0,9, Л. - <math>18 \cdot 10^9/\text{л}</math>, э.-1%, п.-22%, с. - 58%, л. - 12%, м. - 7%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 53 мм/час.</p> <p><u>Биохимический анализ крови:</u> общий белок 68 г/л, альбумины - 44%, глобулины: <math>\alpha_1</math> - 4%, <math>\alpha_2</math> - 12%, <math>\beta</math>-14%, <math>\gamma</math> - 26%. Серомукоиды - 600 ед., СРБ +++</p> <p><u>Анализ мокроты:</u> гнойная, желтовато-зеленоватого цвета, микроскопически - лейкоциты в большом количестве.</p> <p><u>Р-графия грудной клетки:</u> выявляется обширная полисегментарная инфильтрация легочной ткани справа (S 6, 8, 9, 10) с участками просветления.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выделите основные клинические синдромы.</li> <li>2. Дайте интерпретацию рентгенологических и лабораторных данных.</li> <li>3. Сформулируйте клинический диагноз.</li> <li>4. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы заболевания у больной.</li> <li>5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.</li> <li>6. Что такое респираторный дистресс-синдром?</li> <li>7. Назначьте лечение больной (выпишите рецепты).</li> </ol>
Ответ	<p>1. Воспалительный, интоксикационный, синдром уплотнения легочной ткани, синдром инфекционно-токсического шока</p> <p>2. В ОАК лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсигенная зернистость нейтрофилов, повышение СОЭ ,в б/х-появление СРБ, что указывает на воспалительный процесс бактериальной природы</p> <p>3. Внебольничная бактериальная полисегментарная правосторонняя пневмония, тяжелой степени тяжести. Осл.: ИТШ 11 стадии</p> <p>4. ОРВИ</p> <p>5. Абсцесс, ОРДС, миокардит</p> <p>6. ОРДС – клинический синдром, характеризующийся развитием острой гипоксемической дыхательной недостаточности, обусловленной острым повреждением эпителиального и эндотелиального барьера легких с развитием острого воспалительного процесса и токсического отека легкого.</p> <p>7. Левофлоксацин 500 мг в/в капельно, АЦЦ 200 мг 3 раза в день, парацетамол 500, инфузационная терапия, лечение ИТШ</p>
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 2</b></p> <p>Больной К. 38 лет, инвалид II группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до <math>38-39^0</math>, сопровождающееся ознобами, профузным потом, одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам.</p> <p>В анамнезе - ревматизм с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние 4 года усилилась одышка, появились отеки на ногах. Постоянно принимает мочегонные и сердечные гликозиды. Состояние резко ухудшилось месяц назад</p>

	<p>после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Лечился в поликлинике с диагнозом ОРВИ. Прием аспирина, амоксициллина, зинацефа был неэффективным.</p> <p><u>Объективно:</u> Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отеки голеней. Симптом Мюссе. В легких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в VII межреберье. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление I тона, систолический и диастолический шумы на верхушке. Над аортой II тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина-Эрба. ЧСС - 95 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс скорый, высокий, аритмичный, 80 в 1 мин. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.</p> <p><u>Данные дополнительных исследований:</u></p> <p><u>Общий анализ крови:</u> Эр - <math>2,1 \cdot 10^{12}/\text{л}</math>, Нв - 92 г/л, Л. - <math>15 \cdot 10^9/\text{л}</math>, Э. - 2%, п - 12%, с. - 64%, л. - 16%, м. - 6%, СОЭ - 54 мм/час.</p> <p><u>Общий анализ мочи:</u> уд. вес. - 1013, белок - 1,65%, Эр. - 25-40 в п/зр., цил. гиалиновые - 6-7 в п/зр.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза.</li> <li>Объясните причину ухудшения состояния больного.</li> <li>Объясните причину выявленного у больного геморрагического синдрома. Какими клиническими симптомами он проявляется?</li> <li>О каких нарушениях гемодинамики свидетельствует АД больного? С наличием какого порока сердца оно связано?</li> <li>Назовите “периферические” признаки выявленного у больного порока сердца.</li> <li>Назначьте лечение больному</li> </ol>
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> <li>Инфекционный (стрептококковый) эндокардит, первичный, с поражением аортального клапана, острое течение, с преобладанием иммуновоспалительных проявлений. Фон.: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный порок сердца с преобладанием митрального стеноза. Осл. ХСН 2 Б ФК не установлен. Мерцательная аритмия, постоянная форма.</li> <li>Посев крови на стерильность, проведение ЭХОКГ с целью выявления вегетаций</li> <li>Инфекционный эндокардит и прогрессирование сердечной недостаточности</li> <li>Развитие системного васкулита в связи с иммунной генерализацией процесса. На коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния.</li> <li>Аортальная недостаточность. Систолическое АД повышается вследствие значительного увеличения УО левого желудочка, а диастолическое АД падает в результате регургитации крови.</li> </ol>

	<p>6. Симптом Мюссе, симптом Мюллера, симптом Ландольфи, симптом Квинке, «пляска каротид».</p> <p>7. Антибактериальная, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, диуретики, ингибиторы АПФ, В-адреноблокаторы, антикоагулянты</p>
<b>ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14</b>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 3</b></p> <p>Больной Б. 35 лет, доставлен машиной скорой помощи в тяжелом состоянии с жалобами на ознобы, потливость, высокую температуру - 39-39,5°в течение недели, боли в грудной клетке, кашель с трудно отхаркиваемой мокротой. Накануне поступления в больницу больной отмечает выделение мокроты в количестве 100 мл, неприятного запаха. Болен в течение 3 недель - перенес грипп, течение которого осложнилось пневмонией. Лечился не регулярно. В анамнезе - злоупотребление алкоголем.</p> <p><u>Объективно:</u> Состояние тяжелое. Пониженного питания. Кожные покровы бледно-землистой окраски, влажные. Акроцианоз. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. ЧД-24 в мин. Укорочение перкуторного звука слева ниже угла лопатки. При аусcultации - ослабленное дыхание, мелкопузырчатые хрипы слева, после откашливания мокроты отмечается появление амфорического дыхания. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, умеренно приглушенны. Пульс - 100 уд.в мин., тахикардия, АД - 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.</p> <p><u>Данные лабораторно-инструментальных исследований:</u></p> <p><u>Анализ крови:</u> Эр. - <math>3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}</math>, Нв - 110 г/л, Л. - <math>15,0 \cdot 10^9/\text{л}</math>, п.- 20%, с.-62%, лимф.-10 %, м.- 8%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 60 мм/час</p> <p><u>Анализ мочи:</u> уд. вес 1020, белок -0,66%, Л. единичные в п/зр.</p> <p><u>Анализ мокроты:</u> при стоянии расслаивается на 2 слоя. Микроскопически большое количество лейкоцитов и эластических волокон.</p> <p><u>Рентгенография грудной клетки:</u> Слева определяется округлая, нерезко ограниченная тень с горизонтальным уровнем жидкости.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>Проанализируйте результаты дополнительных исследований.</li> <li>Какие осложнения угрожают больному?</li> <li>Назовите критерии инфекционно-токсического шока и неотложную помощь при нём.</li> <li>С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?</li> <li>Назовите методы верификации возбудителей?</li> <li>Назначьте лечение (выпишите рецепты).</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Постпневмонический абсцесс легкого, второй период. Осл: ИТШ 1 стадии</li> <li>В ОАК лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсигенная зернистость нейтрофилов, повышение СОЭ ,в б/х-появление СРБ, что указывает на воспалительный процесс бактериальной природы плюс анемия.</li> </ol>

	<p>3. ИТШ, ОРДС, пиопневмоторакс и эмпиема плевры, легочное кровотечение, сепсис.</p> <p>4. Критерии ИТШ: выраженная интоксикация, лихорадка или гипотермия, снижение АД, тахикардия, тахипноэ, олигурия или анурия. В данном случае у пациента ИТШ 1 степени.</p> <p>5. Периферический рак легкого, инфильтративный туберкулез в фазе распада и формирования каверны, метастатический рак легкого, диафрагмальная грыжа.</p> <p>6. Верификация диагноза проводится на основании бактериологического анализа мокроты-определение патогенной микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.</p> <p>7. Амоксикилав 1200 мг в/в капельно 2 раза в день, гентамицин 80 иг 3 раза в день, АЦЦ 200 мг 3 раза в день, парацетамол 500, дезинтоксикационная терапия</p>
<b>ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14</b>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 4</b></p> <p>Больной К. студент, 19 лет, доставлен машиной скорой помощи с приступом удушья. В анамнезе - периодически возникающие приступы одышки, с появлением свистящих хрипов в груди после контакта с пахучими веществами, воздействия неблагоприятных метеорологических факторов - ветра, холода, сырости. Появлению приступа удушья обычно предшествует сухой кашель, ощущение зуда в носу. Приступ заканчивается усиленным выделением вязкой мокроты. В анамнезе - диатез в детстве, непереносимость некоторых пищевых продуктов, редкие простудные заболевания.</p> <p><u>Объективно:</u> Положение больного вынужденное, сидячее, с фиксацией плечевого пояса. Набухшие шейные вены. Цианоз губ. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. На расстоянии слышны свистящие хрипы. ЧД - 24 в мин. Подвижность грудной клетки ограничена. При перкуссии с обеих сторон - коробочный звук. При аусcultации - масса сухих, свистящих хрипов, дыхание резко ослаблено. Пульс учащен - 105 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные, АД- 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень не увеличена.</p> <p><u>Данные лабораторных исследований:</u></p> <p><u>Анализ крови:</u> Эр. - <math>4,1 \cdot 10^{12}/\text{л}</math>; Нв - 138 г/л, Л.- <math>4 \cdot 10^9/\text{л}</math>; э. - 22%, п - 2%, с. - 49%, лим. - 22%, м - 5%, СОЭ - 10 мм/час. В мокроте большое количество эозинофилов.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>В каком дополнительном обследовании нуждается больной?</li> <li>Назовите мероприятия для купирования приступа удушья.</li> <li>Составьте план лечения в межприступном периоде (выпишите рецепты).</li> <li>При каких заболеваниях могут развиваться подобные симптомы?</li> <li>Назовите нарушения функции внешнего дыхания, характерные для данного заболевания.</li> <li>Какие иммунологические механизмы участают в развитии болезни?</li> </ol>

Ответ	<p>1. Бронхиальная астма, смешанная форма, средней степени тяжести, неконтролируемая, ст. обострения. Приступный период. Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза, объективных данных, данных лабораторных исследований.</p> <p>2. Спирография, пикфлоуметрия.</p> <p>3. Ингаляционные бронхолитики короткого действия (сальбутамол), эуфиллин в/в струйно, при неэффективности – глюокортикоиды (преднизолон, дексаметазон) в/в струйно</p> <p>4. Базисная терапия (ступенчатая) – ингаляционные глюокортикоиды длительного действия, комбинированные препараты (ИГКС+БЛДД), антагонисты лейкотриеновых рецепторов</p> <p>5. Хроническая обструктивная болезнь легких</p> <p>6. Нарушения по обструктивному типу (снижение ОФВ1, уменьшение индекса Тиффно)</p> <p>7. У больных БА развиваются реакции гиперчувствительности I (немедленного, анафилактического), III (иммунокомплексного) и IV (замедленного, клеточного) типов.</p>
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 5</b></p> <p>Мужчина Б. 55 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, периодический кашель со слизистой мокротой, больше по утрам.</p> <p>Из анамнеза заболевания: Курит 35 лет, по 1 пачке в день. Несколько лет отмечает появление кашля с мокротой по утрам. В течение нескольких последних месяцев стал отмечать нарастание одышки, появление ее при обычных нагрузках, умеренной ходьбе.</p> <p>Из анамнеза жизни: Работает водителем, отмечает на работе частые переохлаждения, воздействие выхлопных газов. У отца – хронический бронхит.</p> <p><u>Объективно:</u> Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное с ограничением двигательной активности из-за слабости и одышки. Повышенного питания. ИМТ 30 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, пальцы в виде «барабанных палочек», ноги в виде «часовых стекол».</p> <p><u>Пульсоксиметрия:</u> SaO<sub>2</sub> 95%. ЧД-18 в мин. в покое. Грудная клетка бочкообразная. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации в легких дыхание везикулярное ослабленное, при форсированном дыхании появляются сухие свистящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца умеренно приглушенны, ритм правильный. ЧСС=Пульс= 80 уд.в мин., АД - 110/70 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет. Стул, диурез без особенностей.</p> <p><u>Данные лабораторно-инструментальных исследований:</u></p> <p><u>общий анализ крови:</u> эритроциты - 4,5 x 10<sup>12</sup>/л, Нв -140 г/л, лейкоциты 15,0 x 10<sup>9</sup>/л, эозинофилы – 1%, п/яд.- 3%, с/яд.-70%, лимфоциты-21 %, моноциты- 5, СОЭ - 5 мм/час, <u>общий анализ мочи:</u> уд. вес 1020, белок – отр., лейкоциты единичные в поле зрения.</p> <p><u>Рентгенография органов грудной клетки:</u> Отмечается усиление легочного рисунка, расширение межреберных промежутков,</p>

	<p>уплощение куполов диафрагмы. Очаговые и инфильтративные тени не определяются.</p> <p><u>Спирография (после пробы с бронходилататором):</u> Индекс Тиффно 62%, ОФВ1 -55%</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>Обоснуйте и составьте план дополнительных методов обследования.</li> <li>Оцените данные дополнительных методов обследования.</li> <li>Определите степень тяжести по спирографическим данным</li> <li>Определите факторы риска возникновения и прогрессирования заболевания у данного пациента.</li> <li>Перечислите медикаментозные средства лечения данной патологии.</li> <li>Перечислите методы профилактики данной патологии</li> </ol>
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ХОБЛ 11 стадии, средней степени тяжести, смешанная форма, ст. обострения. Осл.: ДН 1 степени</li> <li>Б/х крови, коагулограмма, анализ мокроты, ЭКГ, ЭхоКГ</li> <li>Лейкоцитоз, лимфопения, на спирографии изменения по обструктивному типу (снижение ОФВ1, индекса Тиффно)</li> <li>Степень тяжести средняя</li> <li>Курение, частые переохлаждения</li> <li>Базисная терапия (ингаляционные бронхолитики длительного, фиксированные комбинации бронхолитиков длительного действия, комбинированные препараты, муколитики, антибиотики при гнойной мокроте).</li> <li>Отказ от курения, избегать переохлаждения, вакцинация</li> </ol>
<b>ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14</b>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 6</b></p> <p>Больная С. 58 лет, жалуется на головные боли, сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца. В течение 10 лет отмечается высокая артериальная гипертония (АД в пределах 160/100 – 195/110 мм рт.ст). Несмотря на проводимую гипотензивную терапию, отмечаются периодические подъемы артериального давления. Год назад у больной было острое нарушение мозгового кровообращения.</p> <p>В анамнезе – семейно-бытовые и производственные стрессовые ситуации.</p> <p>Наследственность по артериальной гипертензии и мозговому инсульту отягощена (отец умер от инсульта).</p> <p><u>Объективно:</u> Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз.</p> <p>Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное. Пульс - 100 в мин. АД - 190/115 мм рт. ст. Левая граница смещена влево на 2 см от среднеключичной линии, тоны сердца приглушенны, на верхушке сердца sistолический шум, акцент II тона над аортой. Печень не увеличена, отеков нет.</p> <p><u>Анализ крови общий</u> – без патологии.</p>

	<p><u>Биохимический анализ крови:</u> холестерин крови - 7,2 ммоль/л, ЛПНП - 3,2 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ЛПВН – 0,8 ммоль/л.</p> <p><u>Анализ мочи:</u> белок - 0,33 %, единичные эритроциты в поле зрения.</p> <p><u>Глазное дно</u> – артерии резко сужены, уплотнены, вены полнокровны.</p> <p><u>ЭКГ</u> – признаки гипертрофии левого желудочка с явлениями систолической перегрузки.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сформулируйте и обоснуйте диагноз согласно современной классификации.</li> <li>• Какие факторы риска АГ имеются у больной?</li> <li>• Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больной?</li> <li>• Назовите особенности кардиалгического синдрома при данном заболевании.</li> <li>• Поражения каких органов и систем имеются у пациентки?</li> <li>• Назначьте лечение (выпишите рецепты).</li> <li>• Профилактика данного заболевания.</li> </ul>
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипертоническая болезнь 111 стадии, степень 3, риск 4. Гиперхолестеринемия. Осл. :Гипертонический криз неосложненный. Соп: Последствия ОНМК</li> <li>2. Наследственность, избыточная масса тела, стресс, дислипидемия.</li> <li>3. ЭХОКГ, суточное мониторирование АД, УЗДС МАГ, б/х крови (креатинин, мочевая кислота, СКФ)</li> <li>4. Кардиалгический синдром обусловлен</li> <li>5. Сердце, почки, сосуды</li> <li>6. Гипотензивные препараты (и-АПФ, антагонисты кальция), статины, дезагреганты (после стабилизации АД), кардиометаболические средства, для купирования ГК - каптоприл 25 мг перорально</li> <li>7. Снижение массы тела, исключить стрессы, гиполипидемическая диета, увеличение физической активности</li> </ol>
ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 7</b></p> <p>Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 °С. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 3-го дня болезни, плохой сон, отсутствие аппетита, жажду. С 8 августа стал плохо видеть, появилась сыпь на коже.</p> <p><u>Объективно.</u> При поступлении в больницу состояние больного тяжелое. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние. Слизистая ротовой полости сухая, на твердом небе пятнистая энантема. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 уд.в мин., ритмичный, мягкий, АД 110/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие. Живот мягкий, болезненный в</p>

	<p>эпигастрии. Печень своим нижним краем выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная и болезненная. Селезенка не пальпируется. Менингеальных симптомов нет.</p> <p>Суточный диурез: на 7-й день болезни выпил 2200 мл воды, выделил мочи – 750мл, за следующие сутки выделил 350 мл мочи. На 9-й день – 150мл. Жаловался на сухость во рту, резкую слабость, рвоту, боли в пояснице. Пульс 60 уд.в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80мм рт.ст.</p> <p><u>Общий анализ крови:</u> Эр. - <math>5,7 \cdot 10^{12}</math> /л, Нв - 136 г/л, Л. - <math>8,0 \cdot 10^9</math> /л, Тромб. - <math>105 \cdot 10^9</math> /л, СОЭ - 28 мм/час</p> <p><u>Общий анализ мочи:</u> Относительная плотность – 1008, белок – 3,3%, эритроциты свежие 10-12 в п/з, цил. гиалиновые 5-6 в п/з.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Поставьте предварительный диагноз</li> <li>Проведите дифференциальную диагностику</li> <li>Какие лабораторные исследования необходимо провести?</li> <li>Перечислите показания для проведения гемодиализа.</li> <li>Какие осложнения характерны для данного заболевания?</li> <li>Назначьте лечение</li> <li>Диспансерное наблюдение</li> </ol>
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ГЛПС, олигурический период</li> <li>Дифференциальную диагностику ГЛПС проводят с гриппом, острым пиелонефритом, пневмонией. Отличительные особенности ГЛПС: эпиданамнез, характер лихорадки, циклическое течение болезни, характерный внешний вид больного, характерное поражение почек с развитием ОПН, тромбоцитопения, протеинурия, гиперкреатинемия.</li> <li>Биохимический анализ крови, коагулограмма, определение титра специфических антител в парных сыворотках больных методом ИФА, определение специфических антител Ig M.</li> <li>Анурия более 3-4 дней, токсическая энцефалопатия с признаками развивающегося отека мозга, наличие судорожного синдрома, начинающийся отек легких.</li> <li>ИТШ, острые и хронические почечные недостаточности, ДВС-синдром, артериальная гипертензия, вторичная бактериальная инфекция.</li> <li>Противовирусная, дезинтоксикационная, антиоксидантная терапия, профилактика ДВС-синдрома, предупреждение и лечение ИТШ.</li> <li>Диспансерное наблюдение реконвалесцентов, перенесших легкую и среднетяжелую формы ГЛПС проводится в течение 6 месяцев, тяжелую форму – 12 месяцев.</li> </ol>
<b>ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14</b>	<b>ЗАДАЧА 8</b>
	<p>Больной Ж. 45 лет, руководитель малого предприятия, доставлен кардиобригадой с жалобами на боли жгучего характера за грудиной, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха и сердцебиением. Состояние резко ухудшилось 40 минут назад - после сильного стресса появились загрудинные боли. Прием</p>

	<p>нитроглицерина уменьшил боли на короткое время. Через несколько минут боли вновь усилились и приняли более распространенный характер, с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть. Появилась резкая слабость, потливость, “страх смерти”. Была вызвана скорая помощь.</p> <p><u>Объективно:</u> Состояние тяжелое. Бледность кожных покровов, акроцианоз. Покрыт холодным потом. Над легкими - везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 110 в мин. АД - 80/50 мм рт. ст. Пульс - 110 в мин., слабого наполнения, аритмичен. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Отеков нет.</p> <p><u>Данные дополнительных исследований:</u></p> <p><u>Анализ крови:</u> Эр. - <math>4,8 \cdot 10^{12}/\text{л}</math>, Нв. - 145 г/л, Л. - <math>13 \cdot 10^9/\text{л}</math>, СОЭ- 6 мм/час. Миоглобин 128 нг/мл. Положительный тропониновый тест.</p> <p><u>ЭКГ:</u> Синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы. В I, II, AVL, V<sub>2</sub>-V<sub>3</sub>-V<sub>4</sub> отв. - сегмент ST в виде монофазной кривой.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Сформулируйте диагноз.</li> <li>Тактика врача скорой помощи на догоспитальном этапе.</li> <li>Чем обусловлена тяжесть состояния больного?</li> <li>Какие другие осложнения могут угрожать больному?</li> <li>Оцените данные дополнительных исследований. Нарисуйте ЭКГ больного.</li> <li>Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты).</li> <li>Назовите факторы риска этого заболевания.</li> </ol>
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ОКС с подъемом сегмента ST</li> <li>Нитроглицерин под язык, ацетилсалициловая кислота 300-500 мг разжевать</li> <li>Развитием острой левожелудочковой недостаточностью, кардиогенным шоком</li> <li>Отек легкого</li> <li>Ишемические изменения по передне-перегородочно-верхушечной области ЛЖ, нарушение ритма в виде желудочковой экстрасистолии</li> <li>Тромболитическая, антикоагулянтная, дезагрегантная терапия, нитраты наряду с противошоковой терапией, статины</li> <li>Стресс</li> </ol>
<b>ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14</b>	<b>ЗАДАЧА 9</b>
	<p>Больной З. 35 лет, сотрудник НИИ, поступил в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, боли в эпигастрии.</p> <p>В анамнезе – патология желудочно-кишечного тракта. Ухудшение состояния связывает с физической работой в саду, после которой почувствовал резкую слабость, потливость, однократно был дегтеобразный стул. С трудом добирался до города, где сразу же вызвал “скорую помощь”.</p> <p><u>Объективно:</u> кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Холодный пот. В легких дыхание везикулярное.</p>

	<p>ЧД 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия с ЧСС 120 в 1 мин., АД 80/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд.в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в эпигастринии и зоне Шоффара. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С чем связано ухудшение состояния больного?</li> <li>2. При каких заболеваниях могут развиваться подобные осложнения?</li> <li>3. Ваша тактика ведения больного.</li> <li>4. При анализе крови получены следующие данные, оцените их: Эр.- <math>2,0 \cdot 10^{12}/\text{л}</math>, Нв - 70 г/л, ЦП - 1,0; Л. - <math>7,4 \cdot 10^9/\text{л}</math>, лейкоформула без особенностей, СОЭ - 14 мм/час.</li> <li>5. Обоснуйте и сформулируйте диагноз заболевания.</li> <li>6. Ваша тактика лечения (выписать рецепты).</li> <li>7. Какие осложнения угрожают больному с данным заболеванием?</li> </ol>
<b>Ответ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Развитием желудочно-кишечного кровотечения и обильной кровопотерей</li> <li>2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, цирроз печени с варикозно-расширенными венами пищевода, рак желудка</li> <li>3. ОАК, проведение ФГС, коагулограмма, экстренная консультация хирурга</li> <li>4. Анализы соответствуют анемии средней степени тяжести</li> <li>5. Язвенная болезнь, осложненная желудочно-кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия.</li> <li>6. Гемостатические препараты, трансфузационная и противошоковая терапия, хирургическое лечение</li> <li>7. Геморрагический шок, острые почечные недостаточность, постгеморрагическая анемия</li> </ol>
<b>ОПК-5, ОПК-7, ПК-13, ПК-14</b>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 10</b></p> <p>Больной Г., 25 лет, не работает, поступил в клинику по направлению участкового врача. Жалобы при поступлении на общую слабость, тошноту, плохой аппетит, непостоянны тупые боли в правом подреберье, похудание, боли в суставах рук, ног. Периодически отмечались носовые кровотечения, в последнюю неделю до поступления – повышение температуры до <math>37,5^{\circ}\text{C}</math>.</p> <p>Анамнез заболевания: слабость, плохой аппетит отмечает в течение месяца. Боли, тяжесть в правом подреберье наблюдались и ранее в течение года, но к врачам пациент не обращался. Не лечился, диету не соблюдал. Ухудшение состояния в течение недели: появились желтушность склер, тошнота, повысилась температура. Обратился к участковому врачу, госпитализирован в стационар.</p> <p>Анамнез жизни: в детстве перенес болезнь Боткина. Работу с токсическими веществами, прием медикаментов отрицает. После службы в армии не имеет постоянного места работы. Отмечает периодическое использование инъекций наркотиков. На учете у нарколога не состоит. Курит около пачки в день, употребление алкоголя отрицает.</p> <p><u>Объективно:</u> Состояние средней тяжести. Температура <math>37,1^{\circ}\text{C}</math>. Астеник. Пониженного питания. Кожа и видимые</p>

	<p>слизистые субкстеричны. На руках по ходу вен следы инъекций. Органы грудной клетки без особенностей. АД 115/70 мм рт.ст. ЧСС 86 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот обычных размеров, мягкий умеренно болезненный в правом подреберье. Нижний край печени выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Симптомы Мерфи, Ортнера отрицательны.</p> <p><u>Данные дополнительных исследований: в анализе крови –</u> Л. – 9* 109/л, СОЭ – 30 мм/ч, в биохимическом анализе – общий белок 68 г/л, общий билирубин – 30 мкмоль/л, прямой – 18 мкмоль/л, АЛТ – 228 ед, АСТ – 246 ед, ЩФ – 350 ед, серомукоиды – 1024 ед, СРБ+++. HBSAg в крови не выявлен. УЗИ – гепатомегалия, диффузные изменения в печени, признаков портальной гипертензии нет.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие синдромы наблюдаются у больного?</li> <li>2. Назовите проявления цитолитического синдрома.</li> <li>3. Можно ли исключить у больного вирусные гепатиты?</li> <li>4. Ваш предварительный диагноз.</li> <li>5. Назначьте дополнительные методы обследования.</li> <li>6. Назначьте лечение больному. Выпишите рецепты.</li> <li>7. Каков вероятный прогноз?</li> </ol>
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Цитолитический, холестатический, болевой, диспепсический, мезенхимально-воспалительный, астеновегетативный.</li> <li>2. Цитолитический синдром проявляется потерей веса больного, повышением уровня ферментов АЛТ, АСТ в крови.</li> <li>3. Нельзя. У пациента в анамнезе использование инъекций наркотиков, что является фактором риска передачи вирусных гепатитов В и С.</li> <li>4. Острый вирусный гепатит С, выраженной активности.</li> <li>5. Исследование крови на вирусный гепатит С (антитела к HCV или РНК HCV)</li> <li>6. Базисная терапия вирусного гепатита: противовирусная терапия (после подтверждения диагноза), гепатопротекторы (гептрал), препараты урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк), ферментные препараты, дезинтоксикационная терапия, антибиотики.</li> <li>7. Прогноз заболевания зависит от вида гепатита, стадии, активности процесса, гистологических признаков, наличия вредных привычек и других факторов.</li> </ol>

## Задания

### Отчетная документация по учебной практике.

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

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

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

№	Манипуляция (умение, навык, владение)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
1.	Опрос и физикальное обследование больных с патологией внутренних органов в условиях стационара	ПК-5 ПК-6	10	
2.	Составление плана лабораторно-инструментального обследования в соответствии с нозологией	ПК-5	10	
3.	Оценка результатов лабораторно-инструментальных исследований:	ПК-5.		
	-общего анализа крови		10	
	-анализов мочи (общего, по Нечипоренко, Зимницкому)		10	
	- анализов мокроты		3	
	-биохимического анализа крови		10	
	-электрокардиографии, эхокардиографии		10	
	-УЗИ органов брюшной полости и почек		5	
	-Р-графии органов грудной клетки		5	
	-КТ органов грудной клетки и брюшной полости		1	
	-фиброгастродуоденоскопии		3	
	-спирографии		3	
4.	Формулировка клинического диагноза по современным классификациям	ПК-6	10	
5.	Владение навыками следующих мероприятий:	ПК-5 ПК-10 ПК-11		
	-запись ЭКГ		5	
	-измерение АД		10	
	-промывание желудка		1	
	-определение реакции зрачков на свет		1	
№	Манипуляция (умение, навык, владение)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
	-выполнение ИВЛ способом «рот-в-рот», «рот-в-нос», мешком Амбу, фиксация языка		1	
	-наружный массаж сердца		1	

	-определение группы крови по системе АВО и резус-фактора (Rh)		1	
	-выполнение пробы на индивидуальную совместимость крови донора и больного		1	
	-временная (жгут, повязка, тампонада) остановка кровотечения (наружного, носового)		2	
	-определение сатурации О <sub>2</sub> методом пульсоксиметрии		5	
	-определение сахара крови с помощью индикаторных полосок		1	
	-проведение плевральной пункции (ассистирование)		1	
6.	Назначение лечебного режима, диеты, медикаментозной терапии при различных заболеваниях внутренних органов	ПК-8		
7.	Оказание неотложной и экстренной медицинской помощи при следующих состояниях:	ПК-10 ПК-11		
	- внезапная сердечная смерть		1	
	- анафилактический шок, отек Квинке		1	
	-инфекционно-аллергический, кардиогенный, геморрагический, аритмический шоки		2	
	-тромбоэмболия легочной артерии		1	
	-пароксизмальные нарушения ритма сердца		2	
	-ангинозный статус (стенокардия и инфаркт миокарда)		2	
	-острая сердечная недостаточность (сердечная астма, отек легких)		2	
	-гипертонический криз (осложненный, неосложненный)		2	
	-острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс)		1	
	-гастроуденальное и легочное кровотечение		1	
	-бронхиальная астма (приступ, статус)		2	
	-острая дыхательная недостаточность		1	
	-трансфузионные осложнения		1	
	-гипертермия острая дегидратация		1	
	-острая почечная и печеночная недостаточность		1	
	-приступ почечной и печеночной колики		1	
8.	Ведение медицинской документации	ПК-6 ПК- 8		
	- написание рецептов препаратов, применяемых для лечения заболеваний внутренних органов		10	

образец титульного листа дневника

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

**ДНЕВНИК  
по производственной практике**

Обучающегося \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

группы \_\_\_\_\_ курса \_\_\_\_\_ факультета

Сроки практики с «\_\_\_\_\_» года по «\_\_\_\_\_» года

Медицинская организация (база практики) \_\_\_\_\_  
(город, посёлок, село, название медицинской организации)

Вузовский руководитель практики \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Базовый руководитель практики \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

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

Обучающийся \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Вузовский руководитель практики \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

### **Сводный отчёт по производственной практике**

#### **Клиническая практика: Помощник врача стационара (терапевта)**

Обучающегося/-йся (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
группы \_\_\_\_\_, проходившего \_\_\_\_\_ производственную практику с \_\_\_\_\_  
по \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. на базе \_\_\_\_\_

№	Манипуляция (умение, навык, владение)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
1.	Опрос и физикальное обследование больных с патологией внутренних органов в условиях стационара	ПК-5 ПК-6	10	
2.	Составление плана лабораторно-инструментального обследования в соответствии с нозологией	ПК-5	10	
3.	Оценка результатов лабораторно-инструментальных исследований:	ПК-5.		
	-общего анализа крови		10	
	-анализов мочи (общего, по Нечипоренко, Зимницкому)		10	
	- анализов мокроты		3	
	-биохимического анализа крови		10	
	-электрокардиографии, эхокардиографии		10	
	-УЗИ органов брюшной полости и почек		5	
	-R-графии органов грудной клетки		5	
	-КТ органов грудной клетки и брюшной полости		1	
	-фиброгастродуоденоскопии		3	
	-спирографии		3	
4.	Формулировка клинического диагноза по современным классификациям	ПК-6	10	
5.	Владение навыками следующих мероприятий:	ПК-5 ПК-10 ПК-11		
	-запись ЭКГ		5	
	-измерение АД		10	
	-промывание желудка		1	
	-определение реакции зрачков на свет		1	

№	Манипуляция (умение, навык, владение)	Компетенции, трудовые функции	Рекомендуемое количество	Выполнено фактически
	-выполнение ИВЛ способом «рот-в-рот», «рот-в-нос», мешком Амбу, фиксация языка -наружный массаж сердца -определение группы крови по системе АВО и резус-фактора (Rh) -выполнение пробы на индивидуальную совместимость крови донора и больного -временная (жгут, повязка, тампонада) остановка кровотечения (наружного, носового) -определение сатурации О <sub>2</sub> методом пульсоксиметрии		1 1 1 1 2 5	
	-определение сахара крови с помощью индикаторных полосок -проведение плевральной пункции (ассистирование)		1 1	
6.	Назначение лечебного режима, диеты, медикаментозной терапии при различных заболеваниях внутренних органов	ПК-8		
7.	Оказание неотложной и экстренной медицинской помощи при следующих состояниях:	ПК-10 ПК-11		
	- внезапная сердечная смерть - анафилактический шок, отек Квинке		1 1	
	-инфекционно-аллергический, кардиогенный, геморрагический, аритмический шоки -тромбоэмболия легочной артерии -пароксизмальные нарушения ритма сердца -ангинальный статус (стенокардия и инфаркт миокарда) -острая сердечная недостаточность (сердечная астма, отек легких) -гипертонический криз (осложненный, неосложненный) -острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс) -гастроуденальное и легочное кровотечение -бронхиальная астма (приступ, статус) -острая дыхательная недостаточность -трансфузионные осложнения -гипертермия острая дегидратация -острая почечная и печеночная недостаточность -приступ почечной и печеночной колики		2 1 2 2 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
8.	Ведение медицинской документации	ПК-6 ПК- 8		
	- написание рецептов препаратов, применяемых для лечения заболеваний внутренних органов		10	

## ХАРАКТЕРИСТИКА

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Руководитель  
медицинской  
организации

М.П. Базовый руководитель практики  
(ФИО, подпись)

Вузовский руководитель практики  
(ФИО,  
подпись)

Дата.  
(ФИО,  
подпись)

## ШКАЛЫ И КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ПРАКТИКЕ

«Клиническая практика терапевтического профиля (в т.ч. симуляционное обучение)»

Проведение зачета по практике «Клиническая практика терапевтического профиля» как основной формы проверки знаний, умений и навыков обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры.

Важнейшие среди них:

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

Высокий уровень (отлично) заслуживает ответ, содержащий:

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

Средний уровень (хорошо) заслуживает ответ, содержащий:

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

Минимальный уровень (удовлетворительно) заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ

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

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

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