

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПБМСИ»)



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«ТЕРАПИЯ»

Специальность	<u>31.08.49 Терапия</u>
Квалификация	<u>врач-терапевт</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>внутренних болезней им. профессора Б.И. Шулутко</u>

Санкт-Петербург
2025 г.

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
«ТЕРАПИЯ»**

Компетенция (код и наименование)	Индикатор компетенции (код и наименование)	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 3 ФОС)
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД-1 УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними	Тестовые задания	1 курс: 1-9 2 курс: 185-191
	ИД-2 УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению ИД-3 УК-1.3 Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников	Тестовые задания к экзамену	1 курс: 1-9 2 курс: 185-191
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ИД-1 УК-3.1 Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели	Тестовые задания	1 курс: 10-20 2 курс: 192-202
	ИД-2 УК-3.2 Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений ИД-3 УК-3.3 Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению	Тестовые задания к экзамену	1 курс: 10-20 2 курс: 192-202
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая за-	ИД-1 УК-5.1 Оценивает свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения профессиональных за-	Тестовые задания	1 курс: 21-32 2 курс: 203-214

дачи изменения карьерной траектории	<p>ИД-2 УК-5.2 Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки</p> <p>ИД-3 УК-5.3 Выстраивает образовательную траекторию профессионального развития</p>	Тестовые задания к экзамену	<p>1 курс: 21-32</p> <p>2 курс: 203-214</p>
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>ИД-1 ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей)</p> <p>ИД-2 ОПК-4.2. Проводит осмотр пациентов</p> <p>ИД-3 ОПК-4.3. Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные</p> <p>ОПК-4.4. Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные</p>	Тестовые задания	<p>1 курс: 33-37</p> <p>2 курс: 215-221</p>
		Тестовые задания к экзамену	<p>1 курс: 33-37</p> <p>2 курс: 215-221</p>
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать	ОПК-5.1. Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи	Тестовые задания	<p>1 курс: 38-45</p> <p>2 курс: 222-229</p>

его эффективность и безопасность	ОПК-5.2. Назначает комплексное лечение ОПК-5.3. Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий	Тестовые задания к экзамену	1 курс: 38-45 2 курс: 222-229
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	Тестовые задания	1 курс: 46-50 2 курс: 230-242
		Тестовые задания к экзамену	1 курс: 46-50 2 курс: 230-242
ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу ОПК-7.2 Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу	Тестовые задания	1 курс: 51-67 2 курс: 243-255
		Тестовые задания к экзамену	1 курс: 51-67 2 курс: 243-255
ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов ОПК-8.2 Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими	Тестовые задания	1 курс: 68-82 2 курс: 256-270

	<p>рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ОПК-8.3 Проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции</p> <p>ОПК-8.4 Пропагандирует здоровый образ жизни</p>	Тестовые задания к экзамену	<p>1 курс: 68-82</p> <p>2 курс: 256-270</p>
ОПК-9 Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде	Тестовые задания	<p>1 курс: 83-89</p> <p>2 курс: 271-278</p>
	ОПК-9.2 Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения	Тестовые задания к экзамену	<p>1 курс: 83-89</p> <p>2 курс: 271-278</p>
ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства	Тестовые задания	<p>1 курс: 90-98</p> <p>2 курс: 279-292</p>
	ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Тестовые задания к экзамену	<p>1 курс: 90-98</p> <p>2 курс: 279-292</p>
ПК-1 Готов к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-1.1 Умеет проводить консультирования, обучающие мероприятия по различным вопросам профессиональной деятельности	Тестовые задания	<p>1 курс: 99-113</p> <p>2 курс: 293-307</p>
	ПК-1.2 Демонстрирует методы мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих	Тестовые задания к экзамену	<p>1 курс: 99-113</p> <p>2 курс: 293-307</p>
ПК-2 Способен к проведению об-	ПК-2.1 Проводит осмотр и медицинское обследова-	Ситуационные за-	<p>1 курс: 001-012</p> <p>2 курс: 023-029</p>

следования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», установления диагноза	ние пациентов при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия» ПК-2.2 Формулирует предварительный диагноз при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия»	Контрольные вопросы	1 курс:1-58; 2 курс: 103-143
		Тестовые задания	1 курс: 114-146 2 курс: 308-326
		Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку (Практические навыки)	1 курс:1-7; 2 курс:14-24
		Рефераты	1-11;12-25
		Контрольные вопросы к экзамену	1 курс:1-47 2 курс: 86-112
		Тестовые задания к экзамену	1 курс: 114-146 2 курс: 308-326
ПК 3 Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», проводить контроль эффективности и безопасности	ПК-3.1 Назначает и проводит лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» ПК-3.2 Демонстрирует умения контролировать эффективность и безопасность лечения	Ситуационные задачи	1 курс:013-018; 2 курс:030-038
		Контрольные вопросы	1 курс: 59-98; 2 курс: 144-176
		Тестовые задания	1 курс: 147-176 2 курс: 327-346
		Вопросы к экзамену	1 курс: 48-79 2 курс: 113-139
Тестовые задания к экзамену			1 курс: 147-176 2 курс: 327-346
			1 курс: 147-176 2 курс: 327-346
ПК-4 Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями по профилю «терапия»	ПК-4.1 Разрабатывает и проводит реабилитационные мероприятия для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» ПК-4.2 Контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»	Ситуационные задачи	1 курс:019-022; 2 курс:039-044
ПК-5 Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении па-	ПК-5.1 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» ПК-5.2. Проводит отдель-	Контрольные вопросы	1 курс: 99-102; 2 курс: 177-180
		Тестовые задания	1 курс: 177-184 2 курс: 347-356
		Вопросы к экзамену	1 курс: 80-85 2 курс: 140-144

<p>циентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p>	<p>ные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров ПК-5.3. Направляет пациентов, имеющих стойкое</p>	<p>Тестовые задания к экзамену</p>	<p>1 курс: 177-184 2 курс: 347-356</p>
<p>ПК-6 Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме</p>	<p>ПК-6.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента ПК-6.2 Оказывает экстренную помощь пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p>	<p>Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку (Практические навыки)</p>	<p>1 курс: 8-13; 2 курс: 25, 26</p>

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора компетенции	Этапы формирования индикатора компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД-1 УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними	Знать: основные виды источников научно-медицинской и научно-фармацевтической информации Уметь: оценивать надежность различных источников Владеть: навыком анализа источников информации для проведения анализа проблемных ситуаций	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению	Знать: методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации Уметь: проводить анализ источников для определения пробелов в информации Владеть: навык анализа источников для определения пробелов в информации	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
	ИД-3 УК-1.3 Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников	Знать: этапы работы с различными информационными источниками Уметь: критически оценивать надежность различных источников информации Владеть: навыком отбора надежных источников информации для проведения критического анализа	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями,

					умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ИД-1 УК-3.1 Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели	<p>Знать: принципы организации трудовой деятельности в соответствии требований профессионального стандарта, способы использования медицинской этики в практике врача, среднего и младшего медицинского персонала психологию профессионального общения</p> <p>Уметь: применять принципы оказания населению медицинской помощи по своей специальности, используя современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации</p> <p>Владеть: анализом мер по обеспечению выполнения работниками структурного подразделения своих должностных обязанностей и правил внутреннего трудового распорядка и безопасности</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p> <p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно»/«зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p>
	ИД-2 УК-3.2 Организует и кор-	<p>Знать: принятые в профессиональном обществе мо-</p>	<p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	

	<p>ректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений</p>	<p>ральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативно-правовые акты по работе с конфиденциальной информацией медицинской организации и пациента. Уметь: соблюдать при руководстве командой принятые в профессиональном обществе моральные и правовые нормы, правила врачебной этики и деонтологии. Владеть: организацией и управлением деятельности среднего и младшего медицинского персонала.</p>			<p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
	<p>ИД-3 УК-3.3 Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению</p>	<p>Знать: планирование и прогнозирование деятельности структурного подразделения; показатели эффективности и результативности работы структурного подразделения Уметь: эффективно распределять обязанности между работниками при выполнении основных трудовых функций Владеть: системой контроля исполнения запланированных</p>			

		мероприятий, проведения инструктажа. Применяет навыки тайм-менеджмента			
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	ИД-1 УК-5.1 Оценивает свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения профессиональных задач	Знать: основные формы, средства, методы профессионального и личностного развития Уметь: структурировать приоритеты и выявлять ограничения личностного и профессионального развития с учётом этапа индивидуального пути и меняющихся требований рынка труда Владеть: приёмами оценки и самооценки результатов деятельности по решению задач личностного и профессионального развития	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
	ИД-2 УК-5.2 Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки	Знать: решение задач для профессионального и личностного развития Уметь: определять и формулировать цели профессионального и личностного развития Владеть: приёмами целеполагания и планирования траектории собственного профессионального и личностного развития	Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«удовлетворительно»/«зачтено» «неудовлетворительно» /«незачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями,
	ИД-3 УК-5.3 Выстраивает	Знать: методы объективной оценки и коррекции соб-			

	образовательную траекторию профессионального развития	<p>ственного профессионального и личностного развития при построении и изменении карьерной траектории</p> <p>Уметь: планировать варианты достижения более высоких уровней профессионального и личностного развития</p> <p>Владеть: приёмами выявления и оценки своих возможностей, личностных и профессионально-значимых качеств с целью их совершенствования</p>			умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ИД-1 ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей)	<p>Знать: Методику сбора анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей)</p> <p>Уметь: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза у пациентов (их законных представителей) Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей)</p> <p>Владеть: Навыками сбора жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей)</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности компетенции</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p> <p>«хорошо»/ «зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p>
	ИД-2 ОПК-4.2. Проводит осмотр пациентов	<p>Знать: общие вопросы организации оказания медицинской помощи</p>	<p>Пороговый уровень сформированности</p>	«удовлетвори-	Компетенция освоена.

		<p>населению, порядки оказания медицинской помощи, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, клинические рекомендации при оказании медицинской помощи, основы топографической анатомии областей тела.</p> <p>Методику сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей), методику осмотра пациентов, методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики осложнений, в том числе неотложных состояний; основы и принципы дифференциальной диагностики, МКБ, принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у</p>	<p>компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>тельно»/«зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>пациентов, симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций.</p> <p>Уметь: Оценивать состояние пациентов. Использовать методы осмотра и обследования взрослых и детей с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов.</p> <p>Владеть: сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов интерпретацией информации -осмотром и обследованием пациентов -формулированием предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных</p>			
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>обследований пациентов с учетом стандартов медицинской помощи, -направлением пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>-определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам</p>			
	<p>ИД-3 ОПК-4.3. Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических</p>	<p>Знать: методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов. Знать заболевания, требующие направления пациентов к врачам-специалистам Этиологию и патогенез, патоморфологию, клиническую картину, классификация, дифференциальная диагностику, особенности течения, ослож-</p>			

	<p>рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные</p>	<p>нения и исходы заболеваний у взрослых и детей Уметь: выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов. Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов Владеть: -выполнением и обеспечением безопасности диагностических манипуляций пациентам. -интерпретацией результатов осмотров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов, -направлением пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических</p>			
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>-установлением диагноза пациентам.</p> <p>-проведением дифференциальной диагностики осложнений</p>			
ИД-4	ОПК-4.4.	<p>Знать: Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов</p> <p>Уметь: Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур. Применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом</p>			
	<p>Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные</p>				

		<p>стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций</p> <p>Владеть: Навыками интерпретации и анализа результатов комплексного обследования пациентов, формулирования предварительного диагноза</p>			
<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ИД-1 ОПК-5.1. Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать: Методы медикаментозного лечения, принципы применения медицинских изделий, лечебного питания у пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Уметь: Разрабатывать план лечения пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p> <p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно»/«зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет пред-</p>

		<p>помощи. Разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляции. Проводить мониторинг заболевания и/или состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения</p> <p>Владеть: Навыками разработки плана лечения пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>ставление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
	<p>ИД-2 ОПК-5.2. Назначает комплексное лечение</p>	<p>Знать: Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Принципы и методы лазерного и хирурги-</p>			

		<p>ческого лечения; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>Уметь: Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Владеть: Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение немеди-</p>			
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>каментозного лечения в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>			
	<p>ИД-3 ОПК-5.3. Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий</p>	<p>Знать: Порядок оказания медицинской помощи. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослым и детям. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам</p> <p>Уметь: Оценивать эффективность и безопасность применения различных видов лечения пациентов. Предотвращать или устранять осложнения, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и/или</p>			

		<p>медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных или хирургических вмешательств</p> <p>Владеть: Навыком составления плана ведения пациентов из групп риска и разработка принципов наблюдения за патологическими состояниями</p>			
<p>ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>ИД-1 ОПК-6.1 Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов</p>	<p>Знать: Стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам. Основы медицинской реабилитации пациентов. Методы медицинской реабилитации пациентов.</p> <p>Уметь: Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p> <p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно»/«зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав</p>

		<p>или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Владеть: Навыком составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
	<p>ИД-2 ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных</p>	<p>Знать: показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению</p> <p>Уметь: осуществлять контроль эффективности реабилитационных мероприятий и прогноза, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида</p> <p>Владеть: методами выявления</p>			

	программ реабилитации и абилитации инвалидов	ния факторов риска развития патологии, проведение профилактики осложнений			
ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ИД-1 ОПК-7.1 Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу	Знать: Порядок проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров Медицинские противопоказания, медицинские показания и медицинские ограничения к управлению транспортным средством; медицинские противопоказания к осуществлению иных видов деятельности. Уметь: Устанавливать сроки и степень временной или стойкой утраты нетрудоспособности пациентов в соответствии с нормативно-правовыми документами, регламентирующими проведение медицинского освидетельствования и медицинской экспертизы Владеть: Навыком заполнения листка нетрудоспособности, навыком проведения анализа основных показателей деятельности стационара и амбулаторного	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено» «удовлетворительно»/«зачтено» «неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме. Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет

		подразделения			необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
	ИД-2 ОПК-7.2 Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу	Знать: Медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации Уметь: Определять медицинские показания для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы Владеть: Навыком подготовки необходимой медицинской документации пациентам для прохождения медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы			
ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому	ИД-1 ОПК-8.1 Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов	Знать: Принципы диспансерного наблюдения за пациентами в соответствии нормативными правовыми актами и иными документами. Перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации пациентов Уметь: Проводить диспансеризацию населения с це-	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированно-	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена.

просвещению населения		<p>лью раннего выявления хронических заболеваний, основных факторов риска их развития. Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими заболеваниями</p> <p>Владеть: Навыком составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	сти компетенции		<p>Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
	ИД-2 ОПК-8.2 Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим порядком оказания медицинской	<p>Знать: основные вопросы нормальной и патологической физиологии</p> <p>Уметь: оценивать эффективность профилактических мероприятий среди пациентов</p> <p>Владеть: навыком организации мероприятий по профилактической работе с населением</p>	<p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«удовлетворительно»/ «зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	

	<p>помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>				
	<p>ИД-3 ОПК-8.3 Проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции</p>	<p>Знать: Порядок оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания Уметь: Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантин и показания для направления к врачу-специалисту. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции Владеть: Навыком опреде-</p>			

		ления медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантин и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней			
	ИД-4 ОПК-8.4 Пропагандирует здоровый образ жизни	Знать: Основы здорового образа жизни, методы его формирования Уметь: Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний Владеть: Навыком проведения беседы, пропагандирующей здоровый образ жизни, с пациентами и их родственниками, выдачи рекомендаций пациентам и их родственникам по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний.			
ОПК-9 Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в	ИД-1 ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде	Знать: правила ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах Уметь: использовать современные медицинские информационные системы	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/

распоряжении медицинского персонала		для ведения медицинской документации Владеть: навыками ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.			
	ИД-2 ОПК-9.2 Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения	Знать: основы анализа показателей общественного здоровья прикрепленного населения Уметь: проводить анализ показателей общественного здоровья прикрепленного населения Владеть: анализа показателей общественного здоровья прикрепленного населения				Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
	ИД-3 ОПК-9.3 Управляет ресурсами, находящимися в распоряжении организации	Знать: принципы организации деятельности медицинского персонал Уметь: организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала Владеть: навыками управления командой подчиненных проведением работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; навыками организации деятельность находя-				Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

		щегося в распоряжении медицинского персонал			
ОПК – 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ИД-1 ОПК-10.1 Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства	Знать: Основные состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме, в том числе клинические признаки эпилептического приступа, травмы различного генеза и локализации, укусы насекомых, термические воздействия, отравления различными видами поражающих агентов, нарушения дыхания, боли в области сердца. Уметь: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с неотложными состояниями и (или) заболеваниями (по возможности) - проводить осмотры и обследования с неотложными состояниями и (или) заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено» «удовлетворительно»/«зачтено» «неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме. Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или

		<ul style="list-style-type: none"> - интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с неотложными состояниями и (или) заболеваниями - оценивать у пациентов анатомо-функциональное состояние организма в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; - применять методы осмотра и обследования пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; 			<p>частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Владеть: Навыками сбора жалоб, физикального осмотра, интерпритации полученных данных пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями.</p>			
	<p>ИД-2 ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>Знать: принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Уметь: применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной форме Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе эпилептического приступа,</p>			

		<p>различных видов травм, укусов насекомых, термических воздействий, отравлений, нарушения дыхания, боли в области сердца.</p> <p>Владеть: принципами оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с заболеваниями и (или) неотложными состояниями, в том числе в чрезвычайных ситуациях, к которым относятся: эпилептический приступ, травмы различного генеза и локализации, укусы насекомых, термические воздействия, отравления различными видами поражающих агентов, нарушения дыхания, боли в области сердца.</p>			
<p>ПК-1 Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>ИД-1 ПК-1.1 Проводит консультирование, обучающие мероприятия по различным вопросам профессиональной деятельности</p>	<p>Знать: основы здорового образа жизни, формирования мотивации поддержания здоровья, укрепление принципов правильного питания.</p> <p>Уметь: проводить пропагандистскую работу по формированию здорового образа жизни среди населения</p> <p>Владеть: необходимыми знаниями для возможности пропагандирования здо-</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированно-</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p> <p>«хорошо»/ «зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена.</p>

		рового образа жизни у населения	сти компетенции		Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
	ИД-2 ПК-1.2 Демонстрирует методы мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих	Знать: знать методики мотивации к сохранению и укреплению здоровья населения Уметь: уметь грамотно и доступно объяснить пациентам и их родственникам методики, применяемые для сохранения и укрепления своего здоровья Владеть: необходимым количеством знаний о методиках сохранения и поддержания здоровья населения	Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«удовлетворительно»/«зачтено» «неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ПК-2 Способен к проведению обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», установления	ИД-1 ПК-2.1 Проводит осмотр и медицинское обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия»	Знать: основные клинические проявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»; порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"; клинические рекомендации	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.

<p>диагноза</p>		<p>(протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях терапевтического профиля; методику сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; методику осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; анатомо-функциональное состояние организма в норме и у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях терапевтического профиля; особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма в норме и у</p>	<p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно»/«зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p>
-----------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; этиологию и патогенез заболеваний и (или) состояний терапевтического профиля;</p> <p>симптомы и особенности течения осложнений у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;</p> <p>медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов инструментальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;</p> <p>системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>медицинские показания к использованию методов лабораторной диагностики</p>	<p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»; проводить осмотры и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; оценивать у пациентов анатоμο-функцио-</p>			
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>нальное состояние в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях терапевтического профиля; применять методы осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; обосновывать и планировать объем инструментального исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Владеть: сбором жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»; осмотром пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по</p>			
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>профилю «терапия»; показаниями к направлению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» на инструментальное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; показаниями к направлению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля на лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p>			
	<p>ИД-2 ПК-2.2 Формулирует предварительный диагноз при</p>	<p>Знать: современные классификации, клиническая симптоматика заболеваний и (или)</p>			

	заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия»	состояний по профилю «терапия»; современные методы клинической и параклинической диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»; МКБ; заболевания и (или) состояния по профилю «терапия», требующие направления пациентов к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; заболевания и (или) состояния иных органов и систем организма человека, сопровождающиеся изменениями со стороны органов; заболевания и (или) состояния терапевтического			
--	------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>профиля, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p> <p>Уметь: интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;</p> <p>интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Владеть: показаниями к направлению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля</p>			
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; принципами обоснования и постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)			
ПК 3 Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», проводить контроль эффективности и безопасности	ИД-1 ПК-3.1 Назначает и проводит лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»	Знать: - порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» - стандарты первичной специализированной медико-санитарной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, при заболеваниях и (или) состояниях терапевтического профиля; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает

		<p>вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; - современные методы лечения взрослых с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в терапии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний терапевтического профиля; показания и противопоказания; возможные</p>	<p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«удовлетворительно»/«зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - предоперационную подготовку и послеоперационное ведение взрослых с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p> <p>Уметь: - разрабатывать план лечения взрослых с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - обосновывать вы-</p>			
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>бор метода медикаментозного и (или) немедикаментозного лечения и (или) хирургического вмешательства у взрослых с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - определять последовательность медикаментозной, и (или) немедикаментозной терапии и (или) хирургического вмешательства у взрослых с заболеваниями терапевтического профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - назначать лекар-</p>			
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>ственные препараты и медицинские изделия взрослым с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий</p> <p>- определять показания и противопоказания для хирургических вмешательств, разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» к хирургическому вмешательству; проводить мониторинг симптомов и результатов лабораторной диагностики при заболеваниях и (или) состояниях терапевтического профиля, корректировать план лечения в зависимости</p>			
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>от особенностей течения; - назначать лечебное питание взрослым с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля;- назначать лечебно-оздоровительный режим взрослым с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля.</p> <p>Владеть: -принципами разработки плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - принципами назначения лекарственных препаратов и медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля в соответствии с действующими порядками оказания</p>			
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- принципами назначения немедикаментозной терапии пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- принципами назначения лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медици-</p>			
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>нской помощи; - принципами профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств;</p>			
	<p>ИД-1 ПК-3.2 Контролирует эффективность и безопасность лечения</p>	<p>Знать: -принципы оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; -принципы оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; Уметь: проводить мониторинг эффективности и безопасности использования</p>			

		<p>лекарственных препаратов и медицинских изделий у взрослых с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля;</p> <p>Владеть: принципами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля;</p> <p>- принципами оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля;</p>			
<p>ПК-4 Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p>	<p>ИД-1 ПК-4.1 Разрабатывает и проводит реабилитационные мероприятия для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p>	<p>Знать: методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе инвалидов по заболеваниям терапевтического профиля;</p> <p>- медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p>

		<p>программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- разрабатывать план реабилитационных мероприятий при заболеваниях и (или) состояниях терапевтического профиля, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- проводить мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях терапевтиче-</p>	<p>Компетенция не сформирована</p>	<p>тельно» /«не зачтено»</p>	<p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>ского профиля, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля к врачам специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по</p>			
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Владеть: составлением плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях терапевтического профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>проведением мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях терапевти-</p>			
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>ческого профиля , в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; направлением пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля к врачам специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>			
	<p>ИД-2 ПК-4.2 Контролирует эффективность медицинской реабилитации с пациентами с заболеваниями и</p>	<p>Знать: способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий по</p>			

	(или) состояниями по профилю "терапия"	<p>медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, инвалидов по заболеваниям терапевтического профиля; медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленные заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации.</p> <p>Уметь: оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях терапевтического профиля, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов; определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленные заболе-</p>			
--	----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>ваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Владеть: методами оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях терапевтического профиля, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов; методами определения медицинских показаний для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы.</p>			
ПК-5 Способен к проведению медицинских о свидетельствований и	ИД-1 ПК-5.1 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и	Знать: - медицинские показания для проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; требования к	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/

<p>медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p>	<p>(или) состояниями по профилю "терапия"</p>	<p>оформлению медицинской документации; Уметь: определять медицинские показания для экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; определять и различать признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля Владеть: - проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля и работа в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности;</p>	<p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно»/«зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
	<p>ИД-2 ПК – 5.2 Проводит отдельные виды медицинских освидетельствования</p>	<p>Знать: порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (об-</p>			

	<p>ний, предварительных и периодических медицинских осмотров</p>	<p>следований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда; требования к оформлению медицинской документации; Уметь: выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров относительно наличия или отсутствия заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» Владеть: проведением отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, и работа в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.</p>			
	ИД-3 ПК-5.3	Знать: - медицинские пока-			

	<p>Направляет пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", для прохождения медико-социальной экспертизы</p>	<p>зания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; требования к оформлению медицинской документации;</p> <p>Уметь: - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, для прохождения медико-социальной экспертизы; определять и различать признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля;</p> <p>Владеть: -подготовкой не-</p>			
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>обходимой медицинской документации для экспертизы пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы;</p> <p>- направлением пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, для прохождения медико-социальной экспертизы</p>			
<p>ПК-6 - Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме</p>	<p>ИД-1 ПК-6.1</p> <p>Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента</p>	<p>Знать: принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи взрослым пациентам в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Уметь: Оказывать медици-</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности компетенции</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p> <p>«хорошо»/ «зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и на-</p>

		<p>нскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)</p> <p>Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Владеть: принципами оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам, в том числе в чрезвычайных ситуациях, к которым относятся: Острый коронарный синдром, кардиогенный шок; Острый коронарный синдром, отёк лег-</p>	<p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«удовлетворительно»/ «зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>выки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>ких; Анафилактический шок; Желудочно-кишечное кровотечение; Бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы; Тромбоэмболия легочной артерии; Спонтанный пневмоторакс; Острое нарушение мозгового кровообращения</p>			
	<p>ИД-2 ПК-6.2 Оказывает экстренную помощь пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p>	<p>Знать: принципы и методы оказания экстренной медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Уметь: оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, в чрезвычайных ситуациях,</p>			

		<p>в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки состояний требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании экстренной медицинской помощи;</p> <p>Владеть: принципами оказания экстренной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля, в том числе в чрезвычайных ситуациях, к которым относятся: гипогликемия и гипогликемическая кома; диабетический кетоацидоз и кетоацидотическая кома; гиперосмолярная</p>			
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		<p>некетацидотическая кома; лактатацидоз; острая надпочечниковая недостаточность; тиреотоксический криз; гипотиреоидная кома; острая гипокальцемиа; гиперкальцемический криз, Острый коронарный синдром, кардиогенный шок; отёк легких; Анафилактиче- ский шок; Желудочно- кишечное кровотечение; Бронхообструктивный синдром на фоне бронхиаль- ной астмы; Тромбоземболия легочной артерии; Спонтан- ный пневмоторакс; Острое нарушение мозгового крово- обращения.</p>			
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1. 1	Контрольные вопросы	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с освоенной дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
2.	Ситуационные задачи, ситуационные задачи к экзамену	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач, набор ситуационных задач к экзамену	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
3.	Тестовые задания, тестовые задания к экзамену	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий, фонд тестовых заданий к экзамену	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
4	Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку	Система заданий, позволяющая оценить уровень практических навыков обучающегося.	Набор практических заданий	Понимание условий задания; корректность использования профессиональной терминологии при анализе данных и выполнения задания;

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
5	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов	<p>Содержательные:</p> <ul style="list-style-type: none"> соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. <p>Формальные:</p> <ul style="list-style-type: none"> объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
6	Вопросы к экзамену	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с освоенной дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по дис-	Перечень контрольных вопросов к экзамену	<p>Полнота раскрытия темы;</p> <p>Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля);</p> <p>Знание основных методов изучения определенного вопроса;</p>

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		циплине в целом.		Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса

2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных средств

Собеседование по контрольным вопросам:

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы дает правильные, сознательные и уверенные ответы. При выполнении практических заданиях уверенно и самостоятельно использует полученные знания. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

Собеседование по ситуационным задачам

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.

Оценка	Описание
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку (практические навыки)

Оценка	Описание
Отлично	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.
Хорошо	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов
Удовлетворительно	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично.
Неудовлетворительно	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено

Собеседование по вопросам к экзамену

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1 Контрольные вопросы для устного собеседования

3.1.1.1 Контрольные вопросы для устного собеседования (1 курс) ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

1. Виды диагноза, правильное построение диагноза.
2. Основы проведения синдромного дифференциального диагноза.
3. План обследования пациента.
4. Построение плана лечения.
5. Основные симптомы и синдромы в пульмонологии.
6. Лабораторные и инструментальные методы диагностики в пульмонологии.
7. Дифференциальный диагноз кашля.
8. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.
9. Перекрест хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы.
10. Абсцесс легкого. Клиническая картина. Диагностика.
11. Заболевания, проявляющиеся синдромом легочного инфильтрата. Клинические проявления. Диагностика.
12. Особенности течения пневмонии, вызванной коронавирусом.
13. Идиопатические интерстициальные пневмонии. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.
14. Саркоидоз. Этиология, патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз поражения легочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов.
15. Дифференциальный диагноз объемных образований в легких. Методы верификации диагноза.
16. Кровохарканье и легочные кровотечения. Дифференциальный диагноз.
17. Сухие и экссудативные плевриты, клиническая картина, особенности течения, осложнения. Дифференциальный диагноз.
18. Легочная гипертензия. Классификация. Этиология, патогенез, диагностика. Дифференциальный диагноз.
19. Дыхательная недостаточность, классификация, диагностика, клинические и функциональные признаки, типичные заболевания.
20. Лабораторные и инструментальные методы диагностики в кардиологии.
21. Атеросклероз, периоды течения, клинические формы, обследование. Первичные и вторичные дислипидемии, классификация.
22. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Острые и хронические формы ИБС. Современная оценка степени сердечно-сосудистого риска.
23. Стенокардия напряжения. Классификация. Типы болевого синдрома.
24. Микрососудистая и вазоспастическая стенокардия. Патогенез. Клиническая картина, диагностика и ведение пациентов.
25. Формы острого коронарного синдрома (ОКС). Клиническая картина. Диагностика.
26. Инфаркт миокарда (ИМ). Этиология, патогенез, патоморфология. Современная классификация ИМ: типы, стадии ИМ. Определение локализации ИМ. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз.
27. Осложнения ИМ, диагностика.
28. Гипертоническая болезнь. Факторы риска, классификация, клиническая картина, осложнения. Диагностика, дифференциальный диагноз.
29. Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий.
30. Кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная, аритмогенная правожелудочковая кардиомиопатия, губчатый миокард, кардиомиопатия Такоцубо). Эпидемиология, этиология, клиническая картина, диагностика.
31. Приобретенные пороки митрального клапана. Этиология, патогенез, изменение ге-

динамики, клиническая картина, диагностика, осложнения.

32. Приобретенные пороки аортального клапана. Этиология, патогенез, изменение гемодинамики, клиническая картина, диагностика, осложнения.

33. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения. Диагностика.

34. Перикардиты. Этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте.

35. Сердечная недостаточность. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

36. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Понятие о риске эмбологенного венозного тромбоза и ТЭЛА. Диагноз, дифференциальный диагноз, прогностические шкалы.

37. Дифференциальный диагноз суставного синдрома.

38. Острая ревматическая лихорадка. Клинические формы ревматической лихорадки, современные диагностические критерии.

39. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика.

40. Анкилозирующий спондилит. Клиника. Диагностика.

41. Урогенитальный реактивный артрит. Особенности клинической картины. Дифференциальный диагноз. Прогноз.

42. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностические критерии. Внесуставные проявления.

43. Остеоартрит. Классификация, клиническая картина, диагностические критерии, дифференциальный диагноз.

44. Гидроксиапатитная артропатия. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз.

45. Остеопороз. Классификация, диагностика, осложнения. Лечение.

46. Системная склеродермия. Особенности болезней склеродермической группы.

47. Системная красная волчанка. Критерии постановки диагноза. Дифференциальный диагноз.

48. Антисинтетазный синдром. Особенности клинической картины, течение.

49. Болезнь и синдром Шегрена. Этиология, патогенез, клиническая картина. Диагностика.

50. АНЦА-ассоциированные васкулиты. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз.

51. Васкулит с поражением сосудов единственного органа. Кожный лейкоцитокластическая васкулит. Клиническая картина, дифференциальный диагноз.

52. Клинические и лабораторные синдромы в гастроэнтерологии.

53. Лабораторные и инструментальные методы обследования в гастроэнтерологии.

54. Врожденные аномалии пищевода. Клиническая картина, диагностика.

55. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиническая картина, диагностика. Дифференциальная диагностика.

56. Хронические вирусные гепатиты. Этиология, клиническая картина, диагностика.

57. Неалкогольная жировая болезнь печени. Факторы риска. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз.

58. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2):

59. Лечение хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы.

60. Особенности лечения абсцесса лёгкого в пожилом возрасте.

61. Особенности лечения пневмонии, вызванной коронавирусом.

62. Идиопатические интерстициальные пневмонии. Современные подходы к лечению.

63. Саркоидоз. Лечение.
64. Кровохарканье и легочные кровотечения. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
65. Сухие и экссудативные плевриты. Лечение, профилактика.
66. Легочная гипертензия. Современные методы лечения.
67. Атеросклероз. Первичная и вторичная профилактика.
68. Методы лечения дислипидемий. Основные классы лекарственных препаратов.
69. Стенокардия напряжения. Классификация. Типы болевого синдрома. Фармакологическое лечение. Коронарная реваскуляризация.
70. Формы острого коронарного синдрома (ОКС). Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения пациентов ОКС с и без подъема сегмента ST. Течение и исходы ОКС, шкалы для оценки прогноза.
71. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения. Профилактика тромботических осложнений после ОКС. Место тромболитика в современной тактике ведения больных с ОКС.
72. Осложнения ИМ. Лечение.
73. Современная тактика ведения пациентов с ИМ. Реабилитация.
74. Гипертоническая болезнь. Факторы риска, классификация, клиническая картина, осложнения. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
75. Кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная, аритмогенная правожелудочковая кардиомиопатия, губчатый миокард, кардиомиопатия Такоцубо). Тактика ведения. Прогноз.
76. Приобретенные пороки митрального клапана. Тактика ведения больных.
77. Приобретенные пороки аортального клапана. Тактика ведения больных.
78. Инфекционный эндокардит. Лечение. Прогноз. Реабилитация.
79. Перикардиты. Этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте.
80. Сердечная недостаточность. Тактика ведения.
81. Тромбоэмболия лёгочной артерии. Лечение.
82. Острая ревматическая лихорадка. Лечение. Реабилитация.
83. Ревматоидный артрит. Тактика ведения пациентов.
84. Анкилозирующий спондилит. Особенности современного лечения данного заболевания. Реабилитация. Прогноз.
85. Псориатический артрит. Лечение.
86. Остеоартрит. Современная тактика ведения больных.
87. Гидроксиапатитная артропатия. Лечение. Реабилитация.
88. Системная красная волчанка. Современные подходы к терапии.
89. Системная склеродермия. Современные подходы к терапии.
90. Антисинтетазный синдром. Лечение.
91. Болезнь и синдром Шегрена. Лечение. Прогноз.
92. Врожденные аномалии пищевода. Лечение.
93. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиническая картина, диагностика, современная тактика ведения данных больных.
94. Пищевод Баррета. Лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
95. Хронические вирусные гепатиты. Лечение. Прогноз.
96. Осложнения цирроза печени. Лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
97. Неалкогольная жировая болезнь печени. Современные методы лечения. Прогноз.
98. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Этиология, патогенез. Диагностика. Тактика ведения пациентов.

ПК-5 (ПК-5.1; ПК-5.2; ПК-5.3):

99. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
100. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями лёгких.
101. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с ревматологическими заболеваниями.
102. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями пищевода, печени).

3.1.1.2 Контрольные вопросы для устного собеседования (2 курс)

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

103. Хронический гастрит. Этиология, патогенез. Классификация, клиническая картина, диагностика. Маастрихтское соглашение VI.
104. Осложнения язвенной болезни желудка и 12 ПК .
105. Болезни оперированного желудка. Клиническая картина. Диагностика.
106. Хронический панкреатит. Классификация, клиническая картина, диагностика, осложнения.
107. Болезнь Уиппла. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз.
108. Болезнь Крона. Классификация, клиническая картина, диагностика, осложнение.
109. Дифференциальный диагноз желтухи.
110. Большие нефрологические синдромы.
111. Хронические гломерулонефриты. Классификация, клинические проявления, морфологическая диагностика, дифференциальный диагноз.
112. Пиелонефриты. Этиология, патогенез, клиническая картина.
113. Острое почечное повреждение. Клиническая картина, диагностика.
114. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика.
115. Амилоидоз почек. Клиническая картина, диагностика.
116. Поликистоз почек. Клиническая картина, диагностика.
117. Особенности поражения почек при сахарном диабете.
118. Дифференциальный диагноз гематурии.
119. Осложнения нефротического синдрома.
120. Тактика обследования гематологического больного.
121. Лабораторные и инструментальные методы обследования в гематологии.
122. Железодефицитные анемии. Этиология, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз.
123. В12 и фолиеводефицитные анемии. Этиология, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз.
124. Врожденные и приобретенные гемолитические анемии. Этиология, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз.
125. Апластическая анемия. Этиология, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз.
126. Острые лейкозы. Современная классификация, клиническая картина, диагностика.
127. Истинная полицитемия. Патогенез, клиническая картина, диагностика.
128. Лимфома Ходжкина. Этиология и патогенез. Классификация, клиническая картина, диагностика.
129. Т-клеточные лимфомы. Клиническая картина, диагностика.
130. Множественная миелома. Этиология. Патогенез, клиническая картина, диагностика.
131. Миелодиспластические синдромы. Классификация, мутации, диагностика, клиническая картина различных форм. Дифференциальный диагноз.
132. Агранулоцитоз. Клиника. Диагностика.

133. Наследственные и приобретенные тромбофилии. Клиническая картина, диагностика.
134. Сахарный диабет (СД). Классификация. Клиническая и лабораторная диагностика, дифференциальный диагноз типов СД.
135. Ожирение. Метаболический синдром. Классификация, клиническая картина, дифференциальный диагноз первичного и вторичного ожирения.
136. Акромегалия. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика.
137. Несахарный диабет. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз.
138. Болезнь Иценко-Кушинга. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз.
139. Феохромоцитома. Особенности клинической картины, диагностика, дифференциальный диагноз.
140. Синдром тиреотоксикоза. Этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, дифференциальный диагноз.
141. Синдром гипотиреоза. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз.
142. Синдром гиперпаратиреоза. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз.
143. Синдром гипопаратиреоза. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз.

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2):

144. Болезни оперированного желудка. Лечение.
145. Желчнокаменная болезнь. Консервативное и оперативное лечение.
146. Хронический панкреатит. Лечение.
147. Болезнь Уиппла. Лечение, прогноз.
148. Болезнь Крона. Лечение.
149. Хронические гломерулонефриты. Лечение, диспансеризация.
150. Пиелонефриты. Лечение.
151. Острое почечное повреждение. Лечение, профилактика.
152. Заместительная почечная терапия.
153. Амилоидоз почек. Лечение.
154. Поликистоз почек. Лечение, прогноз.
155. Железодефицитные анемии. Лечение.
156. В12 и фолиевые дефицитные анемии. Лечение, прогноз.
157. Врожденные и приобретенные гемолитические анемии. Тактика ведения данных пациентов
158. Апластическая анемия. Лечение.
159. Острые лейкозы. Лечение.
160. Истинная полицитемия. Лечение.
161. Лимфома Ходжкина. Тактика ведения больных.
162. Т-клеточные лимфомы. Лечение. Прогноз.
163. Множественная миелома. Лечение. Прогноз.
164. Миелодиспластические синдромы. Принципы терапии. Прогноз.
165. Токсические эффекты проводимой противоопухолевой терапии (кардиотоксичность, нефротоксичность, гепатотоксичность и т.д.)
166. Наследственные и приобретенные тромбофилии. Лечение, прогноз.
167. Лечение СД. Обучение больных, самоконтроль, прогноз, диспансеризация.
168. Ожирение. Лечение.
169. Акромегалия. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Лечение, диспансеризация.

- 170. Несахарный диабет. Лечение, диспансеризация.
- 171. Болезнь Иценко-Кушинга. Лечение.
- 172. Феохромоцитома. Лечение.
- 173. Синдром тиреотоксикоза. Лечение, профилактика.
- 174. Синдром гипотиреоза. Лечение, профилактика.
- 175. Синдром гиперпаратиреоза. Лечение, прогноз.
- 176. Синдром гипопаратиреоза. Лечение, прогноз.

ПК-5 (ПК-5.1; ПК-5.2; ПК-5.3):

- 177. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями желудка, 12 перстной кишки, поджелудочной железы, желчного пузыря.
- 178. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями почек.
- 179. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентам с гематологическими заболеваниями.
- 180. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с эндокринологическими заболеваниями.

3.1.2. Тестовые задания

3.1.2.1 Тестовые задания (1 курс)

УК-1 (УК-1.1; УК-1.2; УК-1.3):

1. ЭКГ-признаком инфаркта миокарда могут являться "реципрокные" изменения :
 - при инфаркте межжелудочковой перегородки
 - при заднедиафрагмальном инфаркте миокарда
 - при высоком боковом инфаркте миокарда
 - * при заднебазальном инфаркте миокарда

2. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
 - васкулиты мелких сосудов
 - миокардит
 - * все перечисленное
 - эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов

3. При остановке кровообращения развивается:
 - метаболический алкалоз
 - * метаболический ацидоз
 - респираторный алкалоз
 - респираторный ацидоз

4. Для брадисистолической формы фибрилляции и трепетания предсердий характерно:
 - частота желудочковых сокращений менее 80 в минуту
 - частота желудочковых сокращений от 60 до 90 в минуту
 - * частота желудочковых сокращений менее 60 в минуту
 - частота желудочковых сокращений 100 и более в минуту

5. Рецидивирующее удушье не наблюдается при:
 - * инородном теле в подвязочном пространстве
 - полипах носа
 - патологии среднего уха
 - глаукоме

6. Поражение альвеолярно-капиллярной мембраны не наблюдается при:
 - * трахео-бронхиальных дискинезиях

синдроме Хамена –Рича
экзогенном аллергическом альвеолите
токсическом альволите

7. Базисная терапии бронхиальной астмы включает применение:

аминофиллина, астмопента и бронхолитина

сальбутамола, беротека, сальбена

* бенакорта, флунизолида, кромоглициевой кислоты
ипратропия бромида, беродуала

8. Короткодействующие бронходилататоры при ХОБЛ назначают с целью:

подавления хронического воспаления

* уменьшения обструкции и улучшения переносимости нагрузки

улучшения эластической тяги легких

предупреждения дальнейшего снижения функции легких.

9. При выборе эмпирической антимикробной терапии внебольничной пневмонии не учитывается следующий фактор:

активность антибактериального препарата в отношении пневмококка.

активность антибактериального препарата в отношении «атипичных» возбудителей

индивидуальный профиль риска пациента (аллергия, состояние функции печени и почек)

* механизм действия препарата (бактерицидный или бактериостатический)

УК-3 (УК-3.1; УК-3.2; УК-3.3):

10. Рассмотрение обращений граждан, связанных с оказанием медицинской помощи в медицинской организации, является функцией

*врачебной комиссии

заведующего соответствующим подразделением

главного врача

заместителя главного врача по медицинской части

11. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности формируется и продлевается на срок не более _____ месяцев с даты начала временной нетрудоспособности

*4

5

7

6

12. Принятие решения о назначении лекарственных препаратов по торговым наименованиям при наличии медицинских показаний является функцией

консилиума врачей

*врачебной комиссии

заведующего поликлиникой

лечащего врача

13. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который _____ формирует (выдает) гражданам листки нетрудоспособности сроком до пятнадцати календарных дней включительно

по согласованию с заведующим отделением

по решению врачебной комиссии

с учетом пожеланий пациента

*Единолично

14. В основе медицинской этики и деонтологии лежат правила и нормы взаимодействия медицинского работника с

представителями общества защиты прав потребителей

*коллегами, пациентом и его родственниками

членами своей семьи

участниками Всероссийского общественного движения «За права человека»

15. Организацию обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров поручают

a) кожно-венерологическим диспансерам

b) центрам госсанэпиднадзора

c) территориальным поликлиникам

d) *руководителям предприятий

16. Иностранным гражданам, работающим по трудовому договору в организациях рф, для удостоверения временной нетрудоспособности

a) не выдаётся никакой документ

b) *формируется (выдаётся) листок нетрудоспособности

c) выдаётся справка произвольной формы

d) выдаётся справка установленного образца

17. Пособие по временной нетрудоспособности назначается, если обращение за ним последовало не позднее _____ месяцев со дня восстановления трудоспособности

a) 12

b) 16

c) *6

d) 7

18. Полис обязательного медицинского страхования имеет силу

a) только на территории того субъекта Российской Федерации, где выдан страховой полис

b) только на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет дипломатические отношения

c) только на территории того субъекта Российской Федерации, где проживает застрахованный

d) *на всей территории Российской Федерации

19. При внезапных острых заболеваниях, представляющих угрозу жизни пациента, медицинская помощь должна быть оказана в _____ форме

a) срочной

b) *экстренной

c) неотложной

d) плановой

20. После обучения по программам профессиональной переподготовки медицинские работники должны пройти

a) периодическую аккредитацию

b) аттестацию

c) *первичную специализированную аккредитацию

d) первичную аккредитацию

УК-5 (УК-5.1; УК-5.2; УК-5.3):

21. Документы и массивы документов в информационных системах (библиотеках, архивах, фондах, банках данных, депозитариях, музейных хранилищах и т. п.):

- *информационные ресурсы
- информационные продукты
- информационные ракурсы

22. Информационные ресурсы являются одним из видов общественных, экономических ресурсов:

- факторов ведения дел
- *факторов производства
- факторов деятельности

23. Информационные ресурсы общества в настоящее время рассматриваются как такие ресурсы:

- главные
- запасные
- *стратегические

24. Между информационными ресурсами и всякими иными существует одно важнейшее различие:

- *всякий ресурс, кроме информационного, после использования исчезает
- всякий ресурс, кроме информационного, после использования не исчезает
- всякий ресурс, кроме информационного, после использования переходит на новый уровень

25. Огромные информационные ресурсы скрыты в:

- магазинах
- частных коллекциях
- * библиотеках

26. Во всех развитых странах существуют специализированные системы такой информации:

- ложной
- *научно-технической
- забытой

27. Средства фотокопирования относятся к средствам:

- гектографии
- микрографии
- *репрографии

28. Теоретически неограниченный статистический набор данных, физически расположенный на магнитном или оптическом диске, имеющий уникальное имя и метки начала и конца, называется:

- *файлом
- документом
- директорией

29. Число оценок степени непосредственного влияния информационных технологий на основную деятельность организаций:

- четыре

пять

*две

30. При реализации хранилища данных особое значение приобретают следующие процессы работы с данными:

извлечение, синтез, анализ, представление

* извлечение, преобразование, анализ, представление

извлечение, преобразование, синтез, изменение

31. Уровень развития сферы информационных услуг во многом определяет степень приближенности к такому обществу:

* информационному

открытому

закрытому

32. По-настоящему рынок информационных ресурсов и услуг расцвёл после широкого внедрения:

прессы

*микрокомпьютеров

телевидения

ОПК-4 (ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4):

33. Шкала SCORE используется для:

показаний для назначения антикоагулянтов;

показаний к АКШ;

приверженности к лечению;

* риска развития острых сердечно-сосудистых осложнений

34. Синдром Лефгрена (один из ранних признаков саркоидоза) проявляется:

одышкой, кашлем, лихорадкой

*лихорадкой, узловатой эритемой, полиартралгией

одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов

лихорадкой, одышкой, увеличением внутригрудных лимфатических узлов

35. Дневное и ночное удушье, ОФВ1 60- 80% от нормы характерно:

для интермиттирующей бронхиальной астмы

для легкой персистирующей бронхиальной астмы

для персистирующей бронхиальной астмы средней тяжести

*для тяжелой персистирующей бронхиальной астмы

36. Нозокомиальной принято называть пневмонию, возникшую:

у ранее не леченого человека

до 48 ч после госпитализации человека

у беременной женщины после 20 недель беременности

*позднее 48 часов после госпитализации пациента

37. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать:

*с изъязвленным раком

с лейомиомой

с лейкоплакией

с дивертикулом пищевода

ОПК-5 (ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3):

38. Лечение острого бронхита проводится обычно:

*в амбулаторных условиях

в стационаре

сначала амбулаторно, а затем в стационаре

в санатории

39. Короткодействующие бронходилататоры при ХОБЛ назначают с целью:
подавления хронического воспаления

*уменьшения обструкции и улучшения переносимости нагрузки

улучшения эластической тяги легких

предупреждения дальнейшего снижения функции легких

40. Лечение печеночной энцефалопатии включает:

лактозу и рифаксимин

L-орнитин-L-аспартат

инфузионную терапию

*все перечисленное

41. Для абактериальной стадии подострого инфекционного эндокардита не характерно:
наличие анемии, лейкоцитопении, тромбоцитопении

* наличие положительного результата посева крови

наличий артралгии

развитие порока сердца

42. Антиангинальный эффект бета-блокаторов при стабильной стенокардии обусловлен:

* уменьшением потребности миокарда в кислороде

увеличением коронарного кровотока

и то и другое

нет правильного ответа

43. Антиангинальный эффект антагонистов Са при стабильной стенокардией обусловлен:
увеличением коронарного кровотока

* влиянием на коронарный кровоток и уменьшением потребности миокарда в кислороде

уменьшением потребности миокарда в кислороде

нет правильного ответа

44. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме бета-блокаторов связано с:
уменьшением преднагрузки на левый желудочек

уменьшением постнагрузки на левый желудочек

* как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом

отрицательным хронотропным эффектом

45. Тактика ведения пациентов с фибрилляцией предсердий зависит от:

формы фибрилляции предсердий

стратификации риска инсульта и тромбоэмболий

* от всего перечисленного

от основного заболевания

ОПК-6 (ОПК-6.1; ОПК-6.2):

46. Лечебная физкультура - это

лечебный метод

научная дисциплина
медицинская специальность
составная часть реабилитационного процесса
*все перечисленное

47. Общая физическая нагрузка - это
*нагрузка, обязательно включающая в активную деятельность все мышечные группы
нагрузка, частично охватывающая группы мышц, но с напряженной работой
и то, и другое
ни то, ни другое

48. Методические принципы применения физических упражнений у больных основаны на всем перечисленном, кроме
постепенности возрастания физической нагрузки
системности воздействия
регулярности занятий
*применения максимальных физических нагрузок
доступности физических упражнений

49. Задачи лечебной гимнастики при гипертонической болезни в первую половину курса лечения включают
мобилизацию и умеренную тренировку экстракардиальных факторов кровообращения
улучшение функции внешнего дыхания в) улучшение окислительно-восстановительных процессов, снижения сосудистого тонуса
улучшение психоэмоционального состояния больных
* все перечисленное

50. Клинико-физиологическое обоснование лечебной физкультуры при гипертонической болезни предусматривает
уравновешивание процессов возбуждения и торможения
координацию функции важнейших органов и систем, вовлеченных в патологический процесс
выравнивание состояния тонуса сосудов и повышение сократительной способности миокарда
активизацию противосвертывающей системы крови
* все перечисленное

ОПК-7 (ОПК-7.1; ОПК-7.2):

51. В каких случаях при амбулаторном лечении по прерывистому методу листок нетрудоспособности может быть выдан по решению ВК на дни проведения соответствующего исследования

сложные урологические
сложные гинекологические
сложные проктологические и другие исследования, манипуляции, процедуры
*во всех перечисленных случаях

52. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет листок нетрудоспособности

*выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности
выдается на весь срок временной нетрудоспособности

53. При временной нетрудоспособности лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, работающих на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности

*выдается на общих основаниях

не выдается

54. Гражданам, направленным медицинскими организациями и органами управления здравоохранением на лечение в клиники научно-исследовательских учреждений (института курортологии, физиотерапии и реабилитации, листок нетрудоспособности выдается медицинским работником на основании решения врачебной комиссии

на время лечения

на время лечения и проезда к месту лечения

*на время лечения и проезда к месту лечения и обратно

55. При установлении инвалидности со степенью ограничения способности к трудовой деятельности срок временной нетрудоспособности завершается датой

*непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ регистрации документов в учреждении МСЭ

56. При отказе гражданина от направления на МСЭ или несвоевременной его явке на МСЭ по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или дня регистрации документов в учреждении МСЭ, сведения об этом

*указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного

не указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

57. При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории РФ, непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению ВК специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания

но не менее чем на 24 календарных дня

*но не более чем на 24 календарных дня

58. При направлении лиц, пострадавших в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдается на

весь период лечения

*весь период лечения и проезда

59. Кто подлежит обязательному социальному страхованию

лицам, работающим по трудовым договорам;

государственным гражданским служащим, муниципальным служащим; лицам, замещающим государственные должности Российской Федерации, государственные должности субъекта Российской Федерации, а также муниципальные должности, замещаемые на постоянной основе;

членам производственного кооператива, принимающим личное трудовое участие в его деятельности;

священнослужителям;

*все перечисленное верно

60. При направлении медицинскими организациями больных туберкулезом по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санатории на лечение при впервые выявленной активной форме туберкулеза в случае, когда санаторное лечение заменяет стационарное лечение листок нетрудоспособности выдается по решению ВК противотуберкулезного диспансера и продлевается ВК специализированного (противотуберкулезного) санатория на весь период

лечения и проезда

долечивания и проезда

*лечения, долечивания и проезда

61. Может ли при необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком выдаваться попеременно разным членам семьи

*да

нет

62. Сколько листков нетрудоспособности по уходу выдается при одновременном заболевании двух детей

*один

два

63. Сколько листков нетрудоспособности по уходу выдается при одновременном заболевании более двух детей

один

*выдается второй листок

64. В каких случаях листок нетрудоспособности по уходу не выдается

за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении

за хроническими больными в период ремиссии

в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы

в период отпуска по беременности и родам

в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет

*во всех перечисленных случаях

65. При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается

лечащим врачом на весь период карантина

*лечащим врачом одному из работающих членов семьи (опекуну) на весь период карантина, установленного на основании решения Правительства РФ или органа исполнительной власти субъекта РФ, органа местного самоуправления

66. Экспертиза трудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является

оценка состояния здоровья пациента

определение сроков и степени нетрудоспособности

установление возможности осуществления профессиональной деятельности (трудовой прогноз)

обеспечение качества и эффективности проводимого лечения

*все вышеперечисленное

67. Задачи экспертизы трудоспособности

научно обоснованное установление утраты трудоспособности при заболевании, травме, а также по другим причинам

правильное оформление документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан
определение сроков нетрудоспособности с учетом медицинского и трудового прогноза
*все вышеперечисленное

ОПК-8 (ОПК-8.1; ОПК-8.2; ОПК-8.3; ОПК-8.4):

68. Первичное звено здравоохранения является ключевым в проведении профилактической работы на:

*(верно) индивидуальном уровне
популяционном уровне

69. Центр мед.профилактики является ключевым в проведении профилактической работы на:

индивидуальном уровне
*(верно) популяционном уровне

70. Направление профилактической деятельности, по которому существует регламентирующий документ Минздрава, разграничивающий полномочия службы медицинской профилактики и госсанэпиднадзора

*(верно) гигиеническое воспитание и образование населения
проведение профосмотров
межсекторальное сотрудничество

71. Действующий приказ Минздрава, регламентирующий деятельность службы медицинской профилактики

- приказ № 264
- приказ № 113
- (верно) приказ № 455
- приказ № 114

72. Основными принципами укрепления здоровья считаются

○ межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
*(верно) убежденность лиц, принимающих решения, межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
ориентация на граждан, участие местного сообщества.

73. Профилактика первичная – это

комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

комплекс немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

*(верно) комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

74. Профилактика вторичная - это

комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

*(верно) комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

75. Реабилитация направлена на:

*(верно) устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций

устранение заболевания

устранение вредных для здоровья факторов

76. По мнению экспертов ВОЗ для профилактики и укрепления здоровья наиболее перспективно

применение стратегии высокого риска

применение стратегии популяционной (массовой профилактики)

*(верно) Сочетание вышеперечисленных стратегий.

77. От нездорового образа жизни в большей степени зависит риск:

*(верно) Сердечно-сосудистых заболеваний

Травм и несчастных случаев

*(верно) Болезней нервной системы

*(верно) Болезней органов пищеварения

Новообразований

78. Задача ВОЗ по сокращению распространенности неинфекционных болезней предполагает к 2020 году:

*(верно) сокращение показателей смертности, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, у людей до 65 лет в среднем на 40%, особенно в странах, где эти показатели сегодня высоки;

*(верно) сокращение смертности от злокачественных новообразований различной локализации у людей до 65 лет в среднем по крайней мере на 15% и уменьшение смертности вследствие рака легких на 25%;

*(верно) сокращение на одну треть числа ампутаций связанных с диабетом, слепоты, почечной недостаточности, осложнений при родах и других серьезных расстройств;

*(верно) последовательное снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, связанных с хроническими респираторными болезнями, мышечно-скелетными нарушениями и другими распространенными хроническими заболеваниями;

*(верно) отсутствие кариеса по крайней мере у 80% детей в возрасте 6 лет, в то время как среднее число кариозных, отсутствующих или запломбированных зубов у детей 12-летнего возраста должно быть в среднем не более 1

79. Цель Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации заключается в:

снижении показателей смертности общей

снижении показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний - снижение показателей смертности от внешних причин

*(верно) стабилизации показателей здоровья населения РФ.

80. Информационная система о факторах здоровья должна включать:

*(верно) Данные официальной медицинской статистики и данные специальных исследований

Только данные официальной медицинской статистики

Только данные специальных исследований

81. Для комплексной оценки бремени болезни в популяции необходимы показатели официальной медицинской статистики

*(верно) смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность.

летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность

смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность

смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность

смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность

82. Скринирующие исследования направлены на:

*(верно) выявление заболеваний и факторов риска

выявление факторов риска и факторов здоровья

выявление заболеваний на ранних стадиях.

ОПК-9 (ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3):

83. В российской федерации обязанность по хранению медицинской документации возложена на:

страховую компанию

*медицинскую организацию

пациента

территориальный фонд обязательного медицинского страхования

84. Экспертизу стойкой нетрудоспособности осуществляет:

Федеральное медико-биологическое агентство

территориальный фонд ОМС

*бюро медико-социальной экспертизы

министерство здравоохранения

85. При лечении в амбулаторных условиях по прерывистому методу в отдельных случаях (сложные манипуляции, процедуры) листок нетрудоспособности, выдается по решению _____ на дни проведения манипуляций (процедур):

*врачебной комиссии

врача-специалиста

консилиума врачей

главного врача

86. Если работодатель направил запрос, в котором просит сообщить о причине временной нетрудоспособности его сотрудника, то медицинская организация:

игнорирует данный запрос

сообщает работодателю код заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней

предоставляет информацию в полном объеме

*не вправе предоставить информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия гражданина

87. Принятие решения о назначении лекарственных препаратов по торговым наименованиям при наличии медицинских показаний является функцией:

*врачебной комиссии

консилиума врачей

заведующего поликлиникой

лечащего врача

88. Решение консилиума врачей оформляется:
медицинским заключением
выпиской из медицинской карты
записью в медицинской карте больного
*протоколом

89. Выплата пособий по временной нетрудоспособности производится из средств работодателя и средств:
*Фонда социального страхования РФ
Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Фонда занятости
Пенсионного фонда РФ

ОПК-10 (ПК-10.1; ОПК-10.2):

90. Какое утверждение справедливо относительно возникновения кардиогенного шока в первые 6 часов от момента инфаркта:

*наилучшие результаты достигаются с помощью ангиопластики
наилучшие результаты достигаются инфузией жидкости (реополиглюкин, альбумин).
не достигается ничем из перечисленного
достигаются поддержанием САД на уровне 90-100 мм.рт.ст.с помощью вазопрессоров

91. Основными синдромами при астматическом статусе являются:
прогрессирующая дыхательная недостаточность
нарастающая легочная гипертензия
тяжелый нейropsychический синдром
*все перечисленные.

92. Достоверно отличает I ст. астматического статуса от приступа астмы:
*рефрактерность к бета –агонистам
тяжесть экспираторного удушья
выраженный цианоз
неэффективность внутривенного вливания эуфиллина

93. Достоверно указывает на переход астматического статуса из II в III стадию:
прогрессирование одышки
нарастание цианоза
*развитие выраженных психических нарушений
тахикардия с нарушением ритма сердечных сокращений.

94. При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить:
на верхней трети грудины.
на границе верхней и средней трети грудины
на границе средней и нижней трети грудины
*в пятом межреберном промежутке слева

95. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из всех перечисленных приемов, кроме:
обеспечения проходимости дыхательных путей
проведения искусственной вентиляции легких
восстановления кровообращения
*промывания желудка

96. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют все перечисленные признаки, кроме:

- сужения зрачков
- появления пульса на сонной артерии
- уменьшения цианоза кожи
- *сухости склер глазных яблок

97. К признакам шока относятся все перечисленные, кроме:

- бледности кожных покровов
- *гиперемии лица
- снижения артериального давления
- похолодания кожных покровов

98. При анафилактическом шоке патогенетически НЕ обосновано назначение :

- больших доз глюкокортикоидных гормонов
- введения адреналина
- интубации трахеи для снятия бронхоспазма
- *дегидратационной терапии.

ПК-1 (ПК-1.1; ПК-1.2):

99. Первичная профилактика включает:

- выявление заболеваний
- * мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
- улучшение условий труда и отдыха

100. Один из алгоритмов профилактического консультирования:

- алгоритм общего профилактического консультирования
- одиночный алгоритм профилактического консультирования
- * алгоритм группового профилактического консультирования

101. Первичная профилактика включает:

- выявление заболеваний
- * проведение прививок
- повышение материального благосостояния

102. Один из алгоритмов профилактического консультирования:

- алгоритм выборочного профилактического консультирования
- алгоритм специфического профилактического консультирования
- * алгоритмы неотложных мер самопомощи и взаимопомощи при развитии острых жизнеугрожающих состояний

103. Вторичная профилактика включает:

- мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
- * мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний
- проведение прививок

104. Профилактика является одним из основных направлений медицины и включает в себя мероприятия:

- * государственного характера
- частичного характера
- весомого характера

105. К методам и средствам первичной профилактики следует отнести все перечисленные, кроме:

оздоровления окружающей среды
* профилактической госпитализации
вакцинации

106. Профилактика является одним из основных направлений медицины и включает в себя мероприятия:

социально-патриотического характера
общественно-трудового характера
* социально-экономического характера

107. Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения:

острых заболеваний
* хронических заболеваний
несчастных случаев

108. Важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни:

убеждающие мероприятия
мероприятия, не направленные на вред пациентов
* профилактические мероприятия

109. Одно из основных направлений профилактики:

социумная
* общественная
Общая

110. Вопросы предупреждения болезней на основе соблюдения правила ... занимали значительное место в медицине древнего мира:

* личной гигиены
частичной гигиены
полноценного обследования

111. Одно из основных направлений профилактики:

личностная
частная
* индивидуальная

112. Вопросы предупреждения болезней на основе соблюдения правила ... занимали значительное место в медицине древнего мира:

* рациональной диететики
иррациональной диететики
рациональной гигиены

113. Одно из основных направлений профилактики:

одионочная
* групповая
разовая

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

114. Синдром Фредерика это:

брадисистолический вариант фибрилляции предсердий
потеря сознания на фоне брадикардии
* сочетание фибрилляции предсердий и полной АВ блокады
сочетание фибрилляции предсердий и дополнительных путей проведения (синдром WPW)
частый переход фибрилляции предсердий в трепетание предсердий

115. При развитии отека легких у больного с тахиформой фибрилляции предсердий с частотой сердечных сокращений до 180 в минуту, показано:

введение дигоксина
введение кордарона
*проведение электроимпульсной терапии
введение верапамила
введение лидокаина

116. К факторам риска тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий не относится:

женский пол
возраст старше 75 лет
*курение
заболевания сосудов
сердечная недостаточность

117. Повышение содержания в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП И ЛПОНП Характерно для следующего типа гиперлипидемии:

I
IIА
* IIВ
III
IV

118. Морфологическим субстратом стенокардии является:

тромбоэмболия легочной артерии
атеросклероз сосудов нижних конечностей
атеросклероз сосудов верхних конечностей
тромботическая окклюзия коронарной артерии
*атеросклеротическое сужение коронарной артерии

119. Сочетание хлопающего первого тона на верхушке сердца, акцента и расщепления II тона на легочной артерии характеризует:

аортальную недостаточность
миокардит
дефект межжелудочковой перегородки
*митральный стеноз
аортальный стеноз

120. В норме площадь митрального отверстия составляет:

2-4 см²
*4-6 см²
1-2 см²
6-8 см²
8 см²

121. В молодом возрасте наиболее частая причина сердечной недостаточности это:
нейроциркуляторная дистония
*ревматические пороки сердца
постинфарктный кардиосклероз
пролапс митрального клапана
инфекционный эндокардит

122. Наиболее частая причина сердечной недостаточности в пожилом возрасте:
миокардит
инфекционный эндокардит
алкогольная кардиодистрофия
*гипертоническая болезнь
опухоли сердца

123. Для подтверждения диагноза коарктации аорты необходимо провести:
*рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ
КТ грудной клетки
коронарография
УЗИ органов брюшной полости

124. Причины вазоренальной гипертензии:
*атеросклероз почечных артерий
первично сморщенная почка
тяжелый сахарный диабет
васкулит

125. К наиболее информативным методам диагностики центрального (бронхогенного) рака легкого относится:

*бронхоскопия с биопсией
бронхография
рентгенография
исследования мокроты на атипичные клетки
КТ органов грудной полости

126. О нарушении бронхиального дренажа при остром абсцессе легкого свидетельствует:
увеличение количества мокроты
на рентгенограмме увеличение полости абсцесса
*ателектаз легкого и уровень жидкости в полости абсцесса
на рентгенограмме уменьшение полости абсцесса
уменьшение количества мокроты

127. Решающее значение в диагностике бронхоэктатической болезни принадлежит:
клинико-anamnestическим данным
бронхоскопии
*МСКТ органов грудной клетки
ультразвуковому исследованию
торакографии

128. Симптом матового стекла это:
усиление легочного рисунка
*туманное снижение прозрачности лёгочной ткани с дифференцируемым рисунком сосудов и бронхов

мелкие, похожие на кисты, гладкостенные полости
локальное снижение воздушности (затемнение) легочной ткани различной степени распространенности и плотности
повышение прозрачности лёгочной ткани с усиленным рисунком сосудов и бронхов

129. Диагностика острого абсцесса легкого основывается:
на клинических признаках (выделение с кашлем большого количества гнойной мокроты и др.)
на результатах лабораторного исследования мокроты (мокрота с обильной гноеродной микрофлорой)
*на клинико-рентгенологических признаках

130. Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите:
тазобедренные суставы
*проксимальные межфаланговые суставы
первый пястно-запястный сустав
дистальные межфаланговые суставы
плечевые суставы

131. Область наиболее частой локализации ревматоидных узелков:
сгибательная поверхность дистальных межфаланговых суставов
волосистая часть головы
разгибательная поверхность проксимальных межфаланговых суставов
*разгибательная поверхность локтевой кости вблизи локтевого сустава
ушные раковины

132. Какие суставы не поражаются при РА:
грудного и поясничного отделов позвоночника
проксимальные межфаланговые суставы мизинца
илеосакральные сочленения
плюснефаланговые суставы
*дистальные межфаланговые суставы

133. Типичные боли механического ритма при остеоартрозе:
не стихают в покое
усиливаются после нагрузки
*уменьшаются после нагрузки
возникают во вторую половину ночи
купируются только приемом ГКС

134. Наиболее яркая клиническая картина синовита с частыми обострениями наблюдается при остеоартрозе:
тазобедренного сустава
дистальных межфаланговых суставов кистей
I плюснефалангового сустава
*коленного сустава
проксимальных межфаланговых суставов

135. При СКВ справедливо утверждение:
*наиболее тяжелый прогноз при развитии гломерулонефрита
при неэффективности цитостатиков назначают кортикостероиды
в развитии заболевания не имеет значение семейно-генетическая предрасположенность

при активности не характерно снижение титра комплемента
дебют заболевания может проявляться только поражением кожи

136. Какие факторы не могут спровоцировать развитие и обострение СКВ:

гидралазин

беременность

инсоляция

переохлаждение

* большое количество употребления поваренной соли

137. Для лекарственной красной волчанки характерно:

артрит

гломерулонефрит

плевроперикардит

церебральный васкулит

* отсутствие антинуклеарных антител.

138. При склеродермии наиболее часто повреждаются следующие отделы желудочно-кишечного тракта:

* пищевод

желудок

12-перстная кишка

тонкая кишка

толстая кишка.

139. В каком возрасте чаще выявляется ССД?

10-20 лет

30-50 лет

50-70 лет

* 40-60 лет

15-20 лет

140. К клиническому проявлению узелкового полиартериита не относится:

* гипотония

похудание

сетчатое ливедо

миалгии

двигательные полиневриты

141. Классификационные критерии пурпуры Шенлейна-Геноха:

* пальпируемая пурпура (слегка возвышающиеся геморрагические кожные изменения, не связанные с тромбоцитопенией);

возраст старше 40 лет в начале болезни

ускоренное СОЭ

эозинофилия

легочные инфильтраты

142. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике:

микронодулярного цирроза печени

гепатита

* очагового поражения печени

макронодулярного цирроза печени

застойного фиброза печени

143. Основной лучевой метод исследования пищеварительного тракта:

*рентгенологический

КТ

УЗД

радионуклидный

термодиагностики

144. Лабораторными признаками синдрома цитолиза гепатоцитов считаются:

повышение уровня холестерина

*повышение уровня АЛТ, АСТ

снижение альбуминов крови

повышение уровня протромбина

снижение содержания прямого билирубина

145. Заболевания, при которых резко повышается щелочная фосфатаза и гаммаглутаминтранспептидаза:

гемолитическая желтуха

*билиарный цирроз печени

гемохроматоз

болезнь Вильсона

хронический панкреатит

146. Ступенчатые и мостовидные некрозы печени встречаются при:

гемохроматозе

желчнокаменная болезни

жировая дистрофия печени

*аутоиммунный гепатит

микронодулярный цирроз печени

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2):

147. Поддерживающая доза клопидогреля составляет:

*75 мг в сутки

150 мг в сутки

300 мг в сутки

450 мг в сутки

600 мг в сутки

148. Поддерживающая доза аспирина составляет:

*75-100 мг в сутки

150-250 мг в сутки

250-325 мг в сутки

500 мг в сутки

325-700 мг в сутки

149. Оценить эффективность бета-блокаторов можно при достижении ЧСС:

70 ударов в минуту

*55-60 ударов в минуту

80 ударов в минуту

90 ударов в минуту

оценивают не по ЧСС, а по уровню АД

150. Целевыми уровнями холестерина у больных ИБС является:

ЛПНП <2,5 ммоль /л

ЛПНП <3,0 ммоль /л

* ЛПНП <1,4 ммоль /л

общий холестерин <4,5 ммоль /л

триглицериды <2.5 ммоль /л

151. Больным со стабильной стенокардией напряжения статины назначаются:

только при превышении целевых уровней холестерина

только после недостаточного снижения холестерина с помощью немедикаментозных методов (диеты)

*с первых дней по факту постановки диагноза, независимо от исходного уровня холестерина неопределенно долго

назначаются короткими курсами от 3 до 6 месяцев

только при невозможности соблюдать диету

152. Лучшим профилактическим антиангинальным эффектом у больных с вазоспастической стенокардией обладают:

бета-блокаторы

триметазидин

аспирин

*антагонисты кальция пролонгированного действия

пролонгированные нитраты

153. Больным с ОКС после стентирования коронарных артерий показано:

длительный прием аспирина в дозе 160-325 мг

двойная антиагрегантная терапия (аспирин+клопидогрель) в течение 1 месяца

*двойная антиагрегантная терапия (аспирин+клопидогрель) в течение 12 месяцев

прием варфарина под контролем МНО

антиагрегантная терапия не показана

154. На современном этапе ведущая группа препаратов, применяемых в лечении сердечной недостаточности это:

антагонисты кальция

мочегонные

сердечные гликозиды

*ингибиторы АПФ

бета - блокаторы

155. Для профилактики пароксизмов фибрилляции предсердий у больных с органическим поражением сердца рекомендуется использовать:

*амиодарон

дигоксин

этацизин

пропафенон

панангин

156. Видом хирургического лечения фибрилляции предсердий является:

аорто-коронарное шунтирование

стентирование коронарных артерий

имплантация кардиовертера-дефибриллятора

*радиочастотная абляция устьев легочных вен
ресинхронизирующая терапия (имплантация CRT)

157. Тиазидный диуретик для лечения АГ:

фуросемид
*гипотиазид
верошпирон
лазикс
диакарб

158. Некардиоселективный бета-адреноблокатор:

небивалол
метопролол
конкор
*пропранолол
эналаприл

159. Два пути элиминации из организма имеет:

энап
фозиноприл
квинаприл
*периндоприл
квадроприл

160. Противопоказан при бронхиальной астме:

допегит
*анаприлин
омепрозол
гипотиазид
эналаприл

161. При подозрении на ТЭЛА необходимо немедленно назначить:

антагонисты кальция
нитраты пролонгированного действия
тромболитические средства
* гепарин
антибиотики

162. Оперативное лечение хронического абсцесса выполняется:

*в период ремиссии
в период обострения
летний период
период не имеет значения
зимний период

163. Показания к трансплантации легких при идиопатическом легочном фиброзе:

*снижение диффузионной способности легких менее 30%
ЖЕЛ или ФЖЕЛ 80% - 60%
гипокапния при физической нагрузке
повышение диффузионной способности легких более 30%
диспноэ - II класс по NYHA

164. Лечение обострения бронхоэктатической болезни обязательно включает:

- *антибактериальную терапию
- дезантиагрегационную терапию
- иммуносупрессивную терапию
- противовирусную терапию
- противосудорожную терапию

165. Наиболее частые осложнения со стороны ЖКТ при длительном использовании НПВП:
не бывает осложнений со стороны ЖКТ при использовании НПВП

- *НПВП-гастропатии
- желтуха
- диарея
- ЖКБ

166. Лечение анкилозирующего спондилита центральной формы включает в себя:

- *назначение НПВП в различных лекарственных формах
- сульфасалазин
- аллопуринол
- хондропротекторы
- глюкокортикостероиды внутрь

167. Какими средствами подавляется коллагенообразование при ССД:

- делагил
- азатиоприн
- преднизолон
- *пеницилламин
- трентал.

168. В лечении дерматомиозита основное значение имеет:

- *преднизолон в высоких дозах
- преднизолон в средних дозах
- антиревматические противовоспалительные нестероидные препараты
- циклофосфан
- плазмаферез

169. При лечении системной склеродермии наиболее целесообразно назначить:

- преднизолон в высоких дозах
- *D-пеницилламин в средних и больших дозах
- цитостатики
- НПВП
- метотрексат

170. Терапия необходимая при обострении аутоиммунного гепатита:

- *глюкокортикоиды
- делагил и карсил
- интерферон и липоевая кислота
- гемосорбция
- азатиоприн

171. Основное лечение гепатита С:

- плазмаферез
- *интерферон, аналоги нуклеотидов

глюкокортикоиды
цитостатики
гепатопротекторы

172. Критерии оценки эффективности противовирусной терапии интерфероном у больных с хроническими гепатитами вирусной этиологии:

клиническая картина
динамика уровня АСТ
уровень тромбоцитов
*динамика значений титров
полимеразной цепной реакции
данные УЗИ органов брюшной полости

173. Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом вирусном гепатите:

репликация
интеграция
нормальный уровень сывороточных трансаминаз
увеличение сывороточных трансаминаз
*внепеченочные проявления с выраженным аутоиммунным компонентом

174. Стандарт стартового лечения хронического гепатита В:

*монотерапия нуклеозидными аналогами (зетификс, телбивудин, энтековир)
монотерапия IFN-альфа
комбинированное лечение нуклеозидными аналогами в сочетании с IFN-альфа
гепатопротекторы
глюкокортикостероиды

175. Наиболее популярной хирургической методикой при ГЭРБ и ГПОД является:

резекция по Бильрот I
резекция по Бильрот II
*фундопликация по Ниссену
герниопластика по Трабукко
герниопластика по Лихтенштейну

176. В основе современных хирургических методик при ГЭРБ является:

резекция н/3 пищевода
стентирование пищевода
бужирование пищевода
*наложение «манжетки» из дна желудка на н/3 пищевода
баллонная дилатация н/3 пищевода

ПК-5 (ПК-5.1; ПК-5.2; ПК-5.3):

177. Врачебная комиссия медицинской организации продлевает листок нетрудоспособности, если пациент уже имеет листок нетрудоспособности, выданный единолично лечащим врачом, сроком на

10 дней
*15 дней
21 день
28 дней

178. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают:

*все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих

все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих

все случаи заболеваемости, по которым выдан листок нетрудоспособности

все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности

наличие инфекционного заболевания

179. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

лечащие врачи медицинских организаций

лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институты

фельдшеры, зубные врачи медицинских организаций

работники со средним медицинским образованием

*работники скорой медицинской помощи, приемных отделений больничных учреждений

180. На какой срок медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно и единолично продлевает его при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений или иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности:

выдает на срок до 5 календарных дней и продлевает на срок до 10 календарных дней

*выдает на срок до 10 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней

выдает на срок до 3 календарных дней и продлевает на срок до 5 календарных дней

выдает на срок до 7 календарных дней и продлевает на срок до 14 календарных дней

выдает на срок до 30 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней

181. При продолжении временной нетрудоспособности гражданина, выписанного после стационарного лечения, листок временной нетрудоспособности может быть продлен на срок до:

3 дней

5 дней

*10 дней

14 дней

30 дней

182. Листок временной нетрудоспособности не выдается:

*проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов

застрахованным лицам, являющимся гражданами Российской Федерации

постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации

иностранным гражданам

лицам, работающим по трудовым договорам

священнослужителям

183. Справка произвольной формы выдается:

при бытовой травме

при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением

военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью

*трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование вследствие злоупотребления алкоголем

184. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:

листок временной нетрудоспособности

*случай временной нетрудоспособности

первичное заболевание
впервые выявленное в данном году заболевание
справка о временной нетрудоспособности

3.1.2.2 Тестовые задания (2 курс)

УК-1 (УК-1.1; УК-1.2; УК-1.3):

185. Выберите один правильный ответ. Какие средства используются для лечения функциональной диспепсии:

- *прокинетика и ингибиторы протонной помпы.
- Ферментные препараты и ингибиторы протонной помпы.
- прокинетика и ферментные препараты.
- все перечисленное

186. Выберите один правильный ответ. Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет:

- руководители ЛПУ и поликлиник
- лечащий врач самостоятельно
- лечащий врач с утверждения зав. отделением
- * лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ

187. Выберите один правильный ответ. Работающему инвалиду III группы в связи с присоединившимся заболеванием или обострением того, которое явилось причиной инвалидности, больничный лист может быть выдан:

- на 1 месяц
- на 2 месяца
- на 3 месяца
- * на срок, определяемый в зависимости от прогноза

188. Выберите один правильный ответ. К ограничениям в работе, влекущим за собой установление группы инвалидности, относятся:

- освобождение от дополнительных нагрузок и ночных смен
- освобождение от поднятия больших тяжестей
- освобождение от командировок
- * выполнение работы с неполным рабочим днем

189. Выберите один правильный ответ. Гражданам, не имеющим хронических неинфекционных заболеваний, но требующим установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, по поводу иных заболеваний (состояний), а также гражданам с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающимся в дополнительном обследовании устанавливается

- I группа состояния здоровья
- II группа состояния здоровья
- IIIa группа состояния здоровья
- * IIIб группа состояния здоровья

190. Выберите один правильный ответ. Недостаточное потребление фруктов и овощей как признак нерационального питания имеет следующую характеристику:

- менее 300 граммов или менее 3-5 порций в сутки
- менее 350 граммов или менее 2-4 порций в сутки
- * менее 400 граммов или менее 4-6 порций в сутки
- менее 600 граммов или менее 3-6 порций в сутки

191. Выберите один правильный ответ. Целью первого этапа диспансеризации НЕ является:
выявление у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)
выявление у граждан факторов риска ХНИЗ

* направление граждан на санаторно-курортное лечение

определение медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований на втором этапе

УК-3 (УК-3.1; УК-3.2; УК-3.3):

192. Рассмотрение обращений граждан, связанных с оказанием медицинской помощи в медицинской организации, является функцией

*врачебной комиссии

заведующего соответствующим подразделением

главного врача

заместителя главного врача по медицинской части

193. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности формируется и продлевается на срок не более _____ месяцев с даты начала временной нетрудоспособности

*4

5

7

6

194. Принятие решения о назначении лекарственных препаратов по торговым наименованиям при наличии медицинских показаний является функцией

консилиума врачей

*врачебной комиссии

заведующего поликлиникой

лечащего врача

195. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который _____ формирует (выдает) гражданам листки нетрудоспособности сроком до пятнадцати календарных дней включительно

по согласованию с заведующим отделением

по решению врачебной комиссии

с учетом пожеланий пациента

*Единолично

196. В основе медицинской этики и деонтологии лежат правила и нормы взаимодействия медицинского работника с

представителями общества защиты прав потребителей

*коллегами, пациентом и его родственниками

членами своей семьи

участниками Всероссийского общественного движения «За права человека»

197. Организацию обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров поручают

кожно-венерологическим диспансерам

центрам госсанэпиднадзора

территориальным поликлиникам

*руководителям предприятий

198. Иностранным гражданам, работающим по трудовому договору в организациях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности
не выдается никакой документ
*формируется (выдается) листок нетрудоспособности
выдается справка произвольной формы
выдается справка установленного образца

199. Пособие по временной нетрудоспособности назначается, если обращение за ним последовало не позднее _____ месяцев со дня восстановления трудоспособности
12
16
*6
7

200. Полис обязательного медицинского страхования имеет силу
только на территории того субъекта Российской Федерации, где выдан страховой полис
только на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет дипломатические отношения
только на территории того субъекта Российской Федерации, где проживает застрахованный
*на всей территории Российской Федерации

201. При внезапных острых заболеваниях, представляющих угрозу жизни пациента, медицинская помощь должна быть оказана в _____ форме
срочной
*экстренной
неотложной
плановой

202. После обучения по программам профессиональной переподготовки медицинские работники должны пройти
периодическую аккредитацию
аттестацию
*первичную специализированную аккредитацию
первичную аккредитацию

УК-5 (УК-5.1; УК-5.2; УК-5.3):

203. Одной из ведущих стран на рынке информационных ресурсов и услуг в настоящее время является:
* США
ЮАР
Перу

204. Одной из ведущих стран на рынке информационных ресурсов и услуг в настоящее время является:
Молдова
Боливия
* Япония

205. Одной из ведущих стран на рынке информационных ресурсов и услуг в настоящее время является:
* Германия
Монголия

ОАЭ

206. Важнейшим компонентом отечественного рынка информационных услуг являются данные:

- о гражданах
- * об информационном оборудовании
- об экологии

207. Важнейшим компонентом отечественного рынка информационных услуг являются данные:

- о космосе
- об обществе
- * компьютерах и компьютерных сетях

208. Важнейшим компонентом отечественного рынка информационных услуг являются данные:

- об экологии
- * о соответствующих технологиях
- о космосе

209. Человек, получивший доступ к ..., попадает в мир практически неограниченных информационных ресурсов:

- журналам
- газете
- * интернету

210. Организованный социально-экономический и научно-технический процесс создания оптимальных условий для удовлетворения информационных потребностей и реализации прав граждан, органов государственной власти и прочее:

- глобализация общества
- * информатизация общества
- обучение общества

211. Организационно упорядоченная совокупность документов, информационных технологий:

- * информационная система
- информационный вакуум
- информационное пространство

212. Базовой технической составляющей процесса информатизации общества является:

- подготовка
- * компьютеризация
- нет верного ответа

213. В информационной технологии в качестве исходного материала выступает:

- * информация
- общество
- гражданин

214. Негативные аспекты информационных технологий необходимо учитывать при решении задач:

- глобализации

* информатизации
любой сложности

ОПК-4 (ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4):

215. Выберите один правильный ответ. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

- рвота желчью
- урчание в животе и резонанс под пространством Траубе
- видимая перистальтика
- *шум плеска через 3-4 часа после приема пищи.

216. Выберите один правильный ответ. Множественные язвы в ЖКТ, гиперацидное состояние, боли в эпигастрии связаны:

- с синдромом Дубина–Джонсона
- *с синдромом Золлингера–Эллисона
- с изъязвлением рака желудка
- с язвами угла желудка

217. Выберите один правильный ответ. В диагностике холестатического синдрома имеют значение все перечисленные показатели, кроме:

- повышения щелочной фосфатазы крови
- повышения прямого билирубина крови
- повышения g-глутамилтранспептидазы
- *повышения непрямого билирубина крови

218. Выберите один правильный ответ. Ожирение при болезни Иценко-Кушинга характеризуется:

- *избирательной локализацией на верхней половине туловища и лице
- избирательной локализацией в области бедер и таза
- избирательной локализацией в брюшной полости
- равномерным распределением жировой ткани по всему телу

219. Выберите один правильный ответ. Глюкозотолерантный тест проводится с применением:

- 50 г глюкозы
- 25 г глюкозы
- *75 г глюкозы
- 60 г глюкозы

220. Выберите один правильный ответ. Причиной развития дефицита железа не является:

- повышенная потеря крови
- повышенный расход железа в период беременности
- нарушение всасывания железа при хроническом энтерите
- *атрофический гастрит дна желудка

221. Выберите один правильный ответ. Белок Бесн-Джонса обнаруживается в моче при:

- лимфолейкозе
- Лимфогрануломатозе
- *миеломной болезни
- лимфобластной лимфоме.

ОПК-5 (ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3):

222. Выберите один правильный ответ. При обнаружении хеликобактер пилори рекомендуется назначить:

- ИПП + амоксициллин + кларитромицин
- ИПП + амоксициллин + кларитромицин + де-нол
- ИПП + амоксициллин + левофлоксацин
- * верно все перечисленное.

223. Выберите один правильный ответ. Терапия гелем алюминия нередко вызывает:

- Гиперкальциемию
- Гипокальциемию
- Гиперфосфатемию
- * гипофосфатемию

224. Выберите один правильный ответ. В профилактике рецидивов язвенного колита достоверное значение имеет:

- щадящая диета
- * месалазин в дозе до 2 г в сутки
- ограничение физической нагрузки
- седативные средства

225. Выберите один правильный ответ. Принципы медикаментозного лечения хр. панкреатита в фазе обострения включают:

- купирование болей, торможение секреции, снятие спазма протоков, инактивацию панкреатических ферментов
- применение антацидов и антисекреторных средств
- устранение кишечного дисбиоза, нормализацию электролитных расстройств и дезинтоксикационную терапию
- * все перечисленное

226. Выберите один правильный ответ. Ингибитором ДПП-4 являются все перечисленные препараты, кроме:

- Вилдаглиптин
- Саксаглиптин
- Ситаглиптин
- * глибенкламид.

227. Выберите один правильный ответ. К комбинированным сахаропонижающим препаратам НЕ относится:

- комбоглиз пролонг
- галвусмет
- янумет
- * диабетон МВ

228. Выберите один правильный ответ. Ингибитором НГЛТ-2 является сахаропонижающий препарат:

- * форсига
- Галвус
- Тресиба
- Виктоза

229. Выберите один правильный ответ. Медикаментозное лечение хронического атрофического гастрита включает:

вяжущие и обволакивающие средства
ингибиторы протонного насоса и гастропротекторы
витамин В12
* все перечисленное

ОПК-6 (ОПК-6.1; ОПК-6.2):

230. Проблемы пациента при ожирении

* избыточная масса тела, одышка
зябкость, запоры
жажда, кожный зуд
сердцебиение, дрожание

231. При ожирении медсестра рекомендует пациенту диету

вариант с пониженным содержанием белка
* вариант с пониженной калорийностью
основной вариант стандартной
вариант с повышенным содержанием белка

232. Клинические симптомы ожирения

* гипертензия, одышка
изжога, отрыжка
желтуха, гепатомегалия
отеки, макрогематурия

233. При проведении разгрузочных дней пациенту с ожирением медсестра рекомендует

апельсины
виноград
картофель
* яблоки

234. Отсутствие аппетита называется

* анорексией
булимией
полифагией
полидипсией

235. Для профилактики запоров у пациента с ожирением медсестра рекомендует продукты, богатые

белками
витаминами
жирами
* клетчаткой

236. Профилактика ожирения

закаливание
отказ от курения
санация очагов хронической инфекции
* рациональное питание

237. Основные причины развития тиреотоксикоза

* психическая травма, инфекции
голодание, гиповитаминозы

переедание, злоупотребление алкоголем
курение, переохлаждение

238. Симптомы диффузного токсического зоба
снижение памяти, забывчивость
снижение интереса к жизни, апатия
* сердцебиение, похудание
головная боль, повышение массы тела

239. При диагностике заболеваний щитовидной железы важное значение имеет определение
в крови

лейкоцитов, СОЭ
гемоглобина, цветового показателя
* гормонов Т3, Т4, ТТГ
инсулина, глюкогона

240. Жалоба при гипотиреозе
раздражительность
чувство жара
бессоница
* сонливость

241. Показания к назначению ЛФК при заболеваниях органов пищеварения включают все
перечисленное, кроме

хронических гастритов и язвенной болезни желудка
хронических колитов
спланхноптоза
хронического холецистита и дискинезии желчевыводящих путей
* панкреатита

242. Физические упражнения, применяемые при язвенной болезни желудка и 12-перстной
кишки включают

дыхательные упражнения (грудное дыхание)
упражнения для мышц рук и ног
упражнения с выраженным усилием мышц живота
бег на месте
* правильно а) и б)

ОПК-7 (ОПК-7.1; ОПК-7.2):

243. Основные принципы экспертизы нетрудоспособности
общедоступность
коллегиальность
профилактический подход
* все перечисленное

244. Временная утрата трудоспособности это
состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность
* состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят
временный, обратимый характер

состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность лече-
ния, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер

245. Стойкая утрата трудоспособности это

состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность
состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер

*состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер

246. Осуществлять экспертизу трудоспособности имеют право следующие учреждения здравоохранения

только государственные (муниципальные)

ЛПУ с любой формой собственности

ЛПУ любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности

*любое ЛПУ, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы временной нетрудоспособности

247. При каком условии в учреждении здравоохранения создается ВК

при наличии поликлиники (поликлинического отделения)

при наличии 20 и более врачебных должностей

*по приказу руководителя учреждения, если имеется лицензия на проведение экспертизы трудоспособности

248. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается

с 1-го дня нетрудоспособности

с 3-го дня нетрудоспособности

с 6-го дня нетрудоспособности

с 10-го дня нетрудоспособности

*со дня окончания отпуска

249. В каком случае в городской больнице (поликлинике) устанавливается должность заместителя главного врача по ЭВН

*при наличии поликлиники (поликлинического отделения)

при наличии 30 и более врачебных должностей

при наличии 20 и более врачебных должностей амбулаторного приема

при наличии 25 и более врачебных должностей амбулаторного приема

250. Кому непосредственно подчиняется заместитель главного врача многопрофильной больницы по ЭВН

*главному врачу

заместителю главного врача больницы по медицинскому обслуживанию населения

заместителю главного врача больницы по организационно – методической работе

заместителю главного врача больницы по лечебной работе

заместителю главного врача больницы по поликлиническому разделу работы

251. Как часто заместитель главного врача по ЭВН обязан проводить врачебные конференции по вопросам состояния заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности ежемесячно

*не реже 1 раза в квартал

не реже 1 раза в полугодие

ежегодно

252. На кого возлагается ответственность за всю постановку работы по экспертизе трудоспособности, выдаче, хранению и учету листков нетрудоспособности

*на главного врача

на главного врача и главную (старшую) медсестру

на заместителя главного врача по ЭВН (при отсутствии – на главного врач

253.Какой статистический показатель наиболее точно характеризует заболеваемость с временной утратой трудоспособности

*число случаев ЗВУТ на 100 работающих

число календарных дней ЗВУТ на 100 работающих

средняя длительность одного случая ЗВУТ

процент нетрудоспособности

индекс здоровья работающих

254.В каком случае листок нетрудоспособности выдается за все время пребывания в санатории

во всех случаях направления больного в санаторий

*при санаторном лечении больных туберкулезом легких

при направлении на долечивание в санаторий после стационарного лечения перенесших инфаркт миокарда

255.На какой день пребывания больного в стационаре ему должен быть выдан листок нетрудоспособности и кем подписан

в любой день пребывания в стационаре, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением

в любой день пребывания в стационаре, подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и главным врачом

*при выписке больного из стационара, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением

ОПК-8 (ОПК-8.1; ОПК-8.2; ОПК-8.3; ОПК-8.4):

256.Рекомендация ВОЗ о развития системы мониторинга факторов риска в странах основана на принципе:

комплексной оценки здоровья

* от простого к сложному

оценки ресурсов здоровья

оценки индексов здоровья

257.По прогнозам экспертов ВОЗ к 2020 году основной урон (число потерянных лет трудоспособности) вследствие неинфекционных заболеваний составит:

50%

80%

* 60%

258.По определению ВОЗ к основным НИЗ относят:

* Болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

Болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства

Болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

259.Снижение смертности от НИЗ в западных странах связывают:

* со снижением распространенности поведенческих ФР среди населения

* со снижением частоты возникновения новых случаев НИЗ

* со снижением смертности от БСК

260. При выборе стратегии индивидуальной профилактики необходимо руководствоваться уровнями отдельных факторов риска - возрастом

географическими условиями и характеристиками окружающей среды

* суммарным риском

наличием необходимого оборудования

261. Интегральные стратегии профилактики должны включать:

* разработку законодательства;

* просвещение населения

* поддержку активности населения;

* доступ к информации и содействие ее распространению;

* наличие и доступность профилактической помощи;

* межсекторальное взаимодействие.

262. Принципы индивидуальной профилактики, которые учитываются при формировании эффективных мер по профилактике и укреплению здоровья на примере мер по повышению физической активности

уверенность индивидуума в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

* уверенность индивидуума в возможностях заниматься физической активностью, в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в пользе от занятий.

263. Факторы, наряду с традиционными факторами риска, оказавшие существенное влияние на рост смертности от БСК в России

Психосоциальные факторы, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

Психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения,

* Психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

Экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

264. Распространенность артериальной гипертонии среди взрослого населения России по данным эпидемиологических обследований составляет

20%

55%

50%

* 40%

265. Методы выявления основных ИБС при скринингах (массовых профилактических обследованиях) относятся к

высоким технологиям

* простейшим и нетрудозатратным

сложным инструментальным

266. К научно доказанным эффективным мерам немедикаментозного лечения (профилактики) артериальной гипертонии относятся:

- * Диетическая коррекция избыточной массы тела, дислиппротеидемии, водно-солевого обмена.
- * Оптимизация двигательной активности: быстрая ходьба и/или бег, плавание; включение физической активности в часы досуга и повседневную деятельность.
- * Отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем).
- * Нормализация режима дня, рациональное распределение свободного времени.
- * Рациональная психотерапия, самосовершенствование, аутотренинг, развитие устойчивости к стрессовым ситуациям.

267. В экспериментальных профилактических программах показано, что влияние многофакторных профилактических мер на уровень смертности у больных (вторичная профилактика) проявляется на

- первом году программы
- пятом году программы
- * третьем году программы

268. В экспериментальных профилактических программах показано, что влияние многофакторных профилактических мер на уровень смертности у лиц без заболеваний, но с факторами риска проявляется на

- первом году программы
- * пятом году программы
- третьем году программы

269. К уровням восстановления (эффективности) реабилитации после инсульта относятся:

- Компенсация и реадaptация
- Истинное восстановление и реадaptация
- * Истинное восстановление, компенсация, реадaptация

270. В ожидаемых результатах Федеральной целевой программы профилактики артериальной гипертензии предполагаемое снижение заболеваемости ЦВБ составляет:

- 10-12%
- * 13-18%
- 18-20%

ОПК-9 (ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3):

271. Периодичность продления листка нетрудоспособности врачебной комиссией составляет не реже чем через ___ календарных дней:

- 25
- 30
- * 15
- 20

272. Решение врачебной комиссии оформляется:

- медицинским заключением
- * протоколом
- записью в медицинской карте больного
- выпиской из медицинской карты

273. Сроки проведения консультаций врачей-специалистов со дня обращения пациента в медицинскую организацию не должны превышать ___ календарных дней:

- 10
- * 14

5

3

274. Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет на:

подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов

участие в научно-практических конференциях

*предоставление пациенту недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых лекарственных препаратах

участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций

275. Одним из основных критериев, влияющих на снижение рейтинга медицинской организации, является рост:

*количества обоснованных жалоб

пролеченных больных

впервые выявленных заболеваний

заболеваемости с временной утратой трудоспособности

276. Обмен данными между медицинскими организациями в электронном виде обеспечивает:

электронное Правительство

федеральный регистр медицинских работников

портал государственных услуг

*единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)

277. Медицинская помощь больному по месту вызова бригады скорой медицинской помощи оказывается в условиях:

*вне медицинской организации

стационарных

амбулаторных

дневного стационара

278. Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов является функцией:

консилиума врачей

заведующего соответствующим подразделением

заместителя главного врача по медицинской части

*врачебной комиссии

ОПК-10 (ОПК-10.1; ОПК-10.2):

279. При каких из перечисленных ниже состояний развивается гиперкальциемический криз?

При гипотиреозе.

*При гиперпаратиреозе.

При гипопаратиреозе.

*При остеолитических метастазах опухолей.

*При интоксикации витамином D.

280. Перечислите провоцирующие факторы гиперкальциемического криза:

*Беременность.

Недостаток в рационе продуктов, богатых кальцием.
Длительная иммобилизация.
Гипогликемия.
Обезвоживание.

281. Какие лекарственные препараты могут провоцировать развитие гиперкальциемического криза у больного с гиперпаратиреозом?

* Антациды.
Инсулин.
Глюкокортикоиды.
Мерказолил.
* Препараты витамина D3.

282. Перечислите основные клинические признаки гиперкальциемического криза:

* Боли в животе.
* Полидипсия, полиурия.
Возбуждение.
* Сонливость.
Повышение массы тела.

283. Какие изменения в биохимическом анализе крови отмечаются при гиперкальциемическом кризе у больного с гиперпаратиреозом?

Гиперкальциемия и гипогликемия.
Гипогликемия и гиперфосфатемия.
Гиперфосфатемия и гипокалиемия.
Гипокалиемия и гипофосфатемия.
* Гипофосфатемия и гиперкальциемия.

284. Основные клинические проявления тиреотоксического криза:

сухость кожных покровов, запоры;
зябкость, снижение артериального давления;
* учащенное сердцебиение, аритмии, повышение температуры до 40-41°C, возбуждение;
брадикардия, снижение артериального давления;

285. Лечебная тактика при тиреотоксическом кризе:

* назначение тиреостатических препаратов и глюкокортикоидов;
Регидратация и инсулинотерапия;
назначение петлевых диуретиков
внутривенное введение левотироксина натрия.

286. Выберите один правильный ответ. Олигурия (анурия) может иметь место при:

остром гломерулонефрите
острой почечной недостаточности
хронической почечной недостаточности
* всех указанных состояниях

287. Выберите один правильный ответ. Гипогликемическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме:

сознание утрачено
зрачки расширены
* запах ацетона изо рта
кожа влажная.

288. Выберите один правильный ответ. Причиной гипогликемической комы является все перечисленные, кроме:

- передозировка инсулина
- несвоевременный прием пищи после инъекции инсулина
- *передозировка глюкокортикоидов
- интенсивная физическая нагрузка

289. Выберите один правильный ответ. Основные компоненты лечения кетоацидотической комы все, кроме:

- устранение инсулиновой недостаточности
- борьба с дегидратацией и гиповолемией
- восстановление электролитного баланса
- *введение щелочных растворов

290. Выберите один правильный ответ. Наиболее частый провоцирующий фактор гиперкетонемической комы (из перечисленных):

- *интеркуррентные заболевания
- Беременность
- недостаточный самоконтроль гликемии
- передание легкоусваиваемых углеводов

291. Выберите один правильный ответ. Кетоацидотическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме:

- потери сознания
- дыхания Куссмауля
- *повышенной влажности кожи
- запах ацетона в выдыхаемом воздухе

292. Выберите один правильный ответ. Для гиперосмолярной комы Не характерно:

- выраженная полиурия, жажда, сухость во рту
- мягкость глазных яблок при пальпации
- *запах ацетона в выдыхаемом воздухе
- сонливость.

ПК-1 (ПК-1.1; ПК-1.2):

293. Комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья:

- * медицинская профилактика
- физическая профилактика
- духовная профилактика

294. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируе(ю)т:

- качество медицинской помощи
- * образ жизни
- биологические

295. Сегодня для профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) используются ... стратегии:

- 4
- 2
- * 3

296. Процесс формирования здорового образа жизни включает все перечисленное, кроме:

- * повышение материального благосостояния
- воспитание навыков здорового образа жизни
- информирование населения о факторах риска

297. Воздействие через средства массовой информации на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития ХНИЗ, среди всего населения:

- стратегия высокого риска
- стратегия вторичной профилактики
- * популяционная стратегия

298. Основными направлениями формирования здорового образа жизни являются все перечисленные, кроме:

- устранение факторов риска
- * повышение эффективности деятельности служб здравоохранения
- создание позитивных для здоровья факторов

299. Выявление лиц с повышенным уровнем факторов риска ХНИЗ и проведение мероприятий по их коррекции:

- стратегия вторичной профилактики
- популяционная стратегия
- * стратегия высокого риска

300. Медицинская профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:

- * выявление заболеваний
- проведение прививок
- проведение медицинских осмотров

301. Заключается в ранней диагностике и предупреждение прогрессирования заболевания как за счет факторной профилактики и коррекции поведенческих факторов риска, так и за счет своевременного проведения современного лечения:

- * стратегия вторичной профилактики
- стратегия высокого риска
- популяционная стратегия

302. Медицинская профилактика включает:

- выявление заболеваний
- * проведение прививок
- улучшение условий труда и отдыха

303. Один из алгоритма профилактического консультирования:

- * алгоритм определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE
- алгоритм определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале TIME
- алгоритм определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале PRO

304. Медицинская профилактика включает:

- улучшение условий труда и отдыха
- * проведение медицинских осмотров
- повышение материального благосостояния

305. Один из алгоритма профилактического консультирования:

- * алгоритм углубленного профилактического консультирования

алгоритм всеобъемлющего профилактического консультирования
алгоритм частичного профилактического консультирования

306. Первичная профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:
мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
проведение прививок
* выявление заболеваний

307. Один из алгоритма профилактического консультирования:
* алгоритм краткого профилактического консультирования
алгоритм жесткого профилактического консультирования
главный алгоритм профилактического консультирования

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

308. Синдром, характерный для ХЛЛ:
лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
* лимфоаденопатия
синдром белковой патологии
железодефицитная анемия
оссалгии

309. Какое из перечисленных осложнений наиболее характерно для миеломной болезни:
инфаркт миокарда
* остеопороз с патологическими переломами
дыхательная недостаточность
кровотечение
гипергликемия

310. Какова основная причина ХПН при миеломной болезни:
плазмноклеточная инфильтрация в почках
гломерулонефрит
* парапротеинемический нефроз
мочекаменная болезнь
нефросклероз

311. Какие жалобы характерны для больных хроническим лимфолейкозом в развернутую стадию заболевания:
эритромелалгии
зуд кожи
сидеропения
артралгии
* потливость по ночам

312. Укажите признак прогрессии множественной миеломы:
увеличение плазматических клеток
прогрессирование миеломной нефропатии
прогрессирование тромбоцитопении
появление лимфоаденопатии
* увеличение M-градиента

313. Диагностическим критерием ХМЛ считается:
лейкоцитоз

*миелоидная гиперплазия с наличием филадельфийской хромосомы
эозинофильно-базофильная ассоциация
в миелограмме 60 % промиелоцитов
тромбоцитоз

314. Исход, наиболее характерный для ХМЛ:
смерть больного от тромбозов
выздоровление.
трансформация в остеомиелофиброз
*развитие бластного криза
смерть больного от гемолитической анемии

315. Какова причина тромбоцитопатии:
*понижение продукции тромбоцитов
ускорение разрушения тромбоцитов
перераспределение тромбоцитов в кровотоке
дефект структуры Pb IIIa рецепторов тромбоцитов
ускорение потребления тромбоцитов

316. Наследственная тромбоцитопатия, связанная с отсутствием альфа-гранул тромбоцитов, носит название:
аспирино-подобной тромбоцитопатии
синдром серых тромбоцитов
синдром Вискота-Олдрича
*аномалии Мея-Хеглина
тромбоцитопатии с отсутствием коллаген-агрегации тромбоцитов

317. Причина гипопротеинемии при нефротическом синдроме:
*потеря белка с мочой
потеря белка через кишечник
усиленный катаболизм белка
потеря белка через кишечник, усиленный катаболизм глобулинов
перемещение белков из плазмы во внеклеточную жидкость

318. К патогенетическим средствам лечения отеков при нефротическом синдроме относятся:
глюкокортикоиды, антикоагулянты, антибиотики, мочегонные
диуретики, глюкокортикоиды, антикоагулянты
*белковые препараты, мочегонные
антиагреганты, антикоагулянты, антибиотики
глюкокортикоиды, цитостатики, антиагреганты, антикоагулянты

319. Какое из заболеваний чаще других может приводить к амилоидозу почек:
ревматизм
деформирующий остеоартроз
ревматоидный артрит
подагра
*остеомиелит

320. Какая злокачественная опухоль наиболее часто осложняется паранеопластическим амилоидозом:
рак желудка

*лимфогранулематоз
рак легкого
рак почки
неходжкинские лимфомы

321. Ведущим этиологическим фактором панкреатита у мужчин является:
хронический гастродуоденит
дуоденостаз
желчнокаменная болезнь
*хронический алкоголизм
хронический холецистит

322. Ведущая патогенетическая роль алкоголя в развитии хронического панкреатита связана с:
спазмом большого дуоденального соска
атрофией слизистой желудка
*повышением вязкости панкреатического секрета
снижение вязкости панкреатического сока
токсическим влиянием алкоголя на печень

323. Симптом, наиболее характерный для панкреатита:
*абдоминальные боли
запор
озноб
водная диарея
тахикардия

324. Основной синдром при желчнокаменной болезни:
желтуха
*желчная колика
рвота, приносящая облегчение
боль в эпигастрии после приема пищи
отрыжка кислым

325. Токсическая мегаколон или токсическая дилатация при язвенном колите возникает:
в слепой кишке
*в поперечно ободочной
в нисходящей
в сигмовидной
в прямой

326. При язвенном колите чаще всего поражается кишка:
восходящая
ободочная
нисходящая
слепая
*прямая

ПК-3 (ПК-3.1; ПК-3.2):

327. Современный способ лечения ХМЛ:
применение α_2 -интерферона
*применение блокатора мутантной тирозинкиназы - гливека

трансплантация костного мозга
трансплантация стволовых клеток
химиотерапия

328. Показание к цитостатической терапии эритремии:

количество эритроцитов свыше $6,5 \times 10^{12}/л$
*количество тромбоцитов свыше $400 \times 10^9/л$
количество базофилов свыше 5 %
острые эрозии желудка
тромбозы

329. Какой метод лечения целесообразно использовать у 60-летнего больного эритремией при эритроцитозе $6,6 \times 10^{12}/л$, нормальном количестве тромбоцитов и лейкоцитов, умеренном увеличении селезенки, систолической артериальной гипертензии (160/90 мм рт.ст.):

воздержаться от лечения, динамический контроль показателей крови
гипотензивная терапия
*антиагреганты и кровопускания под контролем показателей эритроцитов и гематокрита
цитостатическая терапия гидроксимочевинной
спленэктомия

330. Профилактика нейрорлейкемии проводится при:

*остром лимфобластном лейкозе
лимфосаркоме
гематосаркоме
гистиоцитозе Х
остром миелобластном лейкозе

331. Трансплантация костного мозга применяется:

в фазе индукции ремиссии острых миелоидных лейкозов
во время первого рецидива острого лимфобластного лейкоза у детей
*в ремиссии после первой атаки острого миелоидного лейкоза (1-я ремиссия)
в фазе консолидации ремиссии острых миелоидных лейкозов
в поддержании ремиссии острых лимфобластных лейкозов

332. Наиболее рациональным сочетанием цитостатиков для интралюбмального введения является:

метотрексат + преднизолон
цитозар + метотрексат
пури-нетол + метотрексат
*метотрексат + цитозар + преднизолон
цитозар + пури-нетол

333. Для лечения отеков при нефротическом синдроме следует назначить:

только диуретики
инфузии альбумина в сочетании с диуретиками
инфузии альбумина в сочетании со спиронолактонами
только инфузии альбумина
*спиронолактоны, инфузии альбумина, диуретики

334. Ультрафильтрация показана при:

*тяжелом нефротическом синдроме с анасаркой
неконтролируемой артериальной гипертензии в условиях ХПН

неконтролируемой артериальной гипертензий в условиях сахарного диабета
резкой дегидратации при поносе и рвоте
тяжелой дыхательной недостаточности

335. Умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно корригировать путем введения:

солей кальция
раствора гидрокарбоната натрия
*концентрированного раствора глюкозы с инсулином
любым из перечисленных средств
никаким из перечисленных средств

336. При лечении острой почечной недостаточности необходима диета:

с повышенным содержанием белка
*фруктово-овощная
с исключением жиров
углеводно-жировая
с низким содержанием белка

337. При нарушении функции почек наиболее безопасным антибиотиком, который можно применять в обычной дозировке, является:

стрептомицин
левомицетин
тетрациклин
гентамицин
доксициклин

338. Для купирования болевого синдрома при хр. панкреатите не применяют:

атропин
новокаин
баралгин
промедол
*морфин

339. Эффективная доза ферментных препаратов определяется по:

уменьшению вздутия живота
уменьшению болей в животе
*уменьшению стеатореи
улучшению аппетита
восстановлению веса больного

340. В консервативную терапию хр. панкреатита включаются:

сосудистые препараты
кортикостероиды
антибиотики
ингибиторы АПФ
*ингибиторы протоновой помпы

341. При гипомоторной дискинезии оправдано применение препаратов:

спазмолитики
глюкокортикоиды
холеретики

ферменты
*холекинетики

342. Базисная терапия язвенного колита легкой и средней степени тяжести:
антибиотики

*производные 5-аминосалициловой кислоты
кортикостероиды
цитостатики
сочетание кортикостероидов с цитостатиками

343. Оптимальная продолжительность курса тиреостатической терапии при болезни Грейвса
1-2 месяца

*12-18 месяцев
6-8 месяцев
5-6 лет

344. Оптимальный объем хирургического лечения при болезни Грейвса
резекция щитовидной железы

*тиреоидэктомия
гемиструмэктомия
энуклеация узла щитовидной железы

345. Методом лечения пациентов с рецидивом болезни Грейвса является
консервативная терапия по схеме «блокируй-замещай»

поддерживающая терапия мерказолилом 5-10 мг/сут. 12-18 месяцев
*хирургическое лечение
консервативная терапия мерказолилом 30-40 мг сут. 12-18 месяцев

346. Лекарственное средство, позволяющее подавить протеолиз коллоида и тормозящее
выброс тиреоидных гормонов в кровь – это

*неорганический йод (раствор люголя, насыщенный раствор калия йодид
тиамазол
пропилтиоурацил
фенобарбитал

ПК-5 (ПК-5.1):

347. Ожидаемая продолжительность жизни при акромегалии преимущественно определяет-
ся

*тяжестью сердечно-сосудистой патологии
степенью изменения внешности
наличием хиазмального синдрома
степенью прогрессирования нелеченного заболевания

348. Больным андростеромой устанавливается 1 группа инвалидности при
злокачественной форме заболевания

наличии метастазов опухоли
рецидиве заболевания после терапии хлоританом
наличие симптомов интоксикации
*всё вышеперечисленное

349. Врачебная комиссия медицинской организации продлевает листок нетрудоспособности, если пациент уже имеет листок нетрудоспособности, выданный единолично лечащим врачом, сроком на

- 10 дней
- *15 дней
- 21 день
- 28 дней

350. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают:

*все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих

все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих

все случаи заболеваемости, по которым выдан листок нетрудоспособности

все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности

наличие инфекционного заболевания

351. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

лечащие врачи медицинских организаций

лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институты

фельдшеры, зубные врачи медицинских организаций

работники со средним медицинским образованием

*работники скорой медицинской помощи, приемных отделений больничных учреждений

352. На какой срок медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно и единолично продлевает его при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений или иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности:

выдает на срок до 5 календарных дней и продлевает на срок до 10 календарных дней

*выдает на срок до 10 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней

выдает на срок до 3 календарных дней и продлевает на срок до 5 календарных дней

выдает на срок до 7 календарных дней и продлевает на срок до 14 календарных дней

выдает на срок до 30 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней

353. При продолжении временной нетрудоспособности гражданина, выписанного после стационарного лечения, листок временной нетрудоспособности может быть продлен на срок до:

3 дней

5 дней

*10 дней

14 дней

30 дней

354. Листок временной нетрудоспособности не выдается:

*проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов

застрахованным лицам, являющимся гражданами Российской Федерации

постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации

иностранцам

лицам, работающим по трудовым договорам

священнослужителям

355. Справка произвольной формы выдается:

при бытовой травме

при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью
*трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование вследствие злоупотребления алкоголем

356. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:

листок временной нетрудоспособности
*случай временной нетрудоспособности
первичное заболевание
впервые выявленное в данном году заболевание
справка о временной нетрудоспособности

3.1.3. Ситуационные задачи

3.1.3.1 Ситуационные задачи (1 курс):

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 001

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная 54 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на слабость, боли во II-IV проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставах кистей рук, лучезапястных суставах, сопровождающиеся утренней скованностью длительностью около 3 часов. Впервые эти симптомы появились 4 года тому назад. С этого времени постоянно принимает метотрексат 15 мг 1 раз в неделю перорально, фолиевую кислоту 5мг через 24 часа после приема метотрексата, периодически-мелоксикам -7.5 мг и внутрисуставное введение глюкокортикоидов. 1,5 года назад больную стали беспокоить сухость во рту, чувство наличия «песка» в глазах, резко ухудшилось состояние зубов. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, отмечается ульнарная девиация, деформация и припухлость суставов кистей, положительный симптом «сжатия кисти». В области правого локтевого сустава определяются 2 подкожных плотных узелковых образования. ООСЗ (общая оценка больной состояния здоровья в миллиметрах по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале- ВАШ – 60). Индекс активности заболевания - DAS 28= 6,6. В околоушных областях имеется небольшая припухлость. В легких дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный, систолический шум во всех точках аускультации, ЧСС 78 в 1 минуту, АД 130/80мм.рт.ст. Язык сухой, пришеечный кариес многих зубов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 10×10^9 /л, тромбоциты 378×10^6 /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 3%, сегментоядерные нейтрофилы 63%, лимфоциты 27%, моноциты 7%, СОЭ 42 мм/час. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,3 ммоль/л, креатинин 97 мкмоль/л, мочевины 7,8 ммоль/л, АЛТ-23 ед/л, АСТ-28 ед/л. Электрофорез белков: альбумины 42,5%, глобулины: α 1- 4,8%, α 2- 12,6%, β - 12,4%, γ - 27,3%. СРБ 56,4 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 92,1 Ед/л, АЦЦП-35 Ед/л.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз, кисты и единичные эрозии в эпифизах II-IV пястных костей, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II-IV слева и II-III пястно-фаланговых суставов справа.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз. На основании каких критериев поставлен диагноз?
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 002

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка Г., 23 года, в течение 3-х месяцев отмечает боли в суставах кистей, периодическое повышение температуры тела до 37,9С, слабость, выпадение волос. Больная обратилась к ревматологу, были взяты АЦЦП, ревматоидный фактор, результат отрицательный, выставлен диагноз «Серонегативный ревматоидный артрит», назначен метотрексат в дозе 10 мг/нед. На фоне приема отметила появление высыпаний на лице, трещины в уголках рта, язвы слизистой рта, отеки нижних конечностей и лица, самостоятельно отменила метотрексат, однако после отмены препарата сыпь появилась на туловище, отеки нижних конечностей нарастали, было отмечено повышение температуры тела до 39,0С, состояние ухудшалось. С диагнозом «Лихорадка неясного генеза. Аллергическая реакция» госпитализирована в стационар. При осмотре имеется выраженная отечность лица, стоп и нижней трети голени, температура тела 38,7С. На коже щек, переносицы, шеи, груди множественные изолированные и сливные эритематозные очаги, четко отграниченные от здоровой кожи. Губы сухие с эрозиями и сероватыми корочками. Волосы тусклые, редкие. Суставы кистей визуально не изменены, при сжатии кистей в кулак отмечает умеренную болезненность в проксимальных межфаланговых суставах. ЧДД 23 в мин. При исследовании лёгких аускультативно ослабление дыхания в нижних отделах, перкуторно в нижних отделах определяется притупление перкуторного звука. При исследовании сердца – перкуторно границы расширены, тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 93 в мин, АД 160/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные исследования: 1. Общий анализ крови: гемоглобин 89 г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $3,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 52%, эозинофилы 2%, лимфоциты 36%, моноциты 8%, тромбоциты 158×10^9 /л, СОЭ 35 мм/час. 2. Общий анализ мочи: относительная плотность 1009, белок 1,0 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 5-7 в п/зр.

Инструментальные исследования: 1. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких не расширены, структурны. В правой и левой плевральных полостях определяется свободная жидкость до V ребра. Тень сердца умеренно расширена. 2. Эхокардиография: в полости перикарда определяется умеренное количество жидкости без признаков тампонады.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дообследование для верификации диагноза

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 003

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка М., 49 лет, обратилась в связи с болями и припухлостью суставов кистей, появление белых образований на коже пальцев рук, побеление пальцев на холоде, одышку при умеренной физической нагрузке. Из анамнеза известно, что боли и припухлость суставов появились год назад, в течение месяца отметила появление одышки и нарушения глотания. При осмотре болезненность и припухлость суставов кистей, симптом поперечного сжатия положительный, на коже кончиков пальцев и в области дистальных межфаланговых суставов отмечаются подкожные уплотнения белого цвета, местами изъязвленные. В легких при аускультации ослабление дыхания в нижних отделах, перкуторный звук ясный. Тоны сердца приглушенные, отмечается акцент II тона над легочной артерией, ритм правильный. ЧСС 82 в мин. АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В ревмопробах - РФ 79 МЕд/мл, АНФ 1/1280.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дообследование для верификации диагноза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 004**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больная К., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, снижение массы тела, одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, на уплотнение кожи в области лица, верхних конечностей, грудной клетки, ограничение подвижности пальцев обеих кистей, периодические боли в области мелких суставов кистей, а также лучезапястных суставов, изжогу, быстрое насыщение, нарушение глотания твердой пищи. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились в 35 лет, после перенесенной вирусной инфекции, когда стала отмечать онемение, боль и изменение окраски кожи в области пальцев обеих кистей, возникающие на холоде или при стрессе. Через три месяца развился плотный отек обеих кистей, пальцы приобрели «сосискообразный» вид, на кончиках пальцев стали появляться резко болезненные, длительно незаживающие язвочки. В дальнейшем кожа в области кистей становилась плотной, уменьшился объем мягких тканей концевых фаланг, развились сгибательные контрактуры. Уплотнение кожи распространилось на лицо, верхние конечности с переходом на грудную клетку. Два года назад стала беспокоить одышка при физической нагрузке и сухой кашель. В течение последнего полугодия отмечает усиление одышки, снижение толерантности к физической нагрузке, появились симптомы со стороны желудочнокишечного тракта: быстрое насыщение, изжога, явления дисфагии. Наследственный анамнез: мама страдает ревматоидным артритом.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Пониженного питания. Температура тела 36,8С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие. Отмечается уплотнение кожи верхних конечностей с распространением выше локтевых суставов, с переходом на переднюю поверхность грудной клетки, резкое уменьшение объема мягких тканей концевых фаланг обеих кистей, резко выраженная сгибательная контрактура в области пястно-фаланговых суставов обеих кистей. Кожный счет (по Rodnan) – 21 балл. В области дистальной фаланги III пальца левой кисти выявлена резко болезненная язва. Лицо больной имеет маскообразный вид, амимичное. Кончик носа заострен, губы истончены, ротовая апертура уменьшена, радиальные морщины вокруг рта. При осмотре ротовой полости обращает на себя внимание утолщение и укорочение уздечки языка. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах легких выслушивается крепитация, ЧД - 20 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичны, ЧСС - 88 в минуту, акцент II тона во II межреберье слева от грудины, АД - 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, отмечается болезненность при пальпации в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин 123 г/л; эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,94; тромбоциты $340 \times 10^9/л$; лейкоциты $7,8 \times 10^9/л$; палочкоядерные 6%; сегментоядерные 69%; лимфоциты 20%; моноциты 5%; СОЭ 38 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 98 мкмоль/л; АСТ 23 ед/л; АЛТ 25 ед/л; КФК 98 ед/л; билирубин общ. 16 мкмоль/л; глюкоза 4,2 ммоль/л; СРБ 24 мг/л. Иммунологический анализ крови: АНФ 1:640 (нуклеарный тип свечения); АТ к топоизомеразе I (анти-Scl-70) 35 МЕ/мл; Антицентромерные АТ (анти-CENT-B) 3 МЕ/мл. DLCO (ДСЛ - диффузионная способность легких для оксида углерода) – 53% от должного значения.

КТВР органов грудной клетки: определяются двухсторонние симметричные участки «матового стекла» в базальных отделах легких, ретикулярные изменения в сочетании с

тракционными бронхоэктазами. КТ- паттерн соответствует неспецифической интерстициальной пневмонии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной?
4. Определите тактику ведения больной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 005

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка М., 63 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на кашель с отделением слизисто-гноной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке с затрудненным выдохом, общую слабость. Из анамнеза известно, что пациентка считает себя больной в течение последних нескольких лет, когда отметила появление кашля с отделением слизистой мокроты в утренние часы, затем появилась одышка при умеренной физической активности. К врачам не обращалась, не обследовалась. Самостоятельно принимала ацетилцистеин, с незначительным положительным эффектом. Настоящее ухудшение в течение последней недели, когда после переохлаждения повысилась температура тела до субфебрильных цифр, увеличилась продукция мокроты, усилились одышка и кашель. Из анамнеза жизни известно, что пациентка курит с 23 лет по 15 сигарет в сутки. Аллергологический анамнез не отягощен. Хронические заболевания в анамнезе отрицает. Наследственный анамнез не отягощен. Объективно: Состояние средней тяжести. Пациентка в сознании, контактна. Кожные покровы сухие, диффузный цианоз. Отеков нет. Температура тела 37,4 С. Периферические лимфоузлы не увеличены. АД - 110/70 мм рт.ст., Ps - 94 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД - 28 в мин, SpO2 89% на воздухе. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Данные лабораторных исследований: клинический анализ крови: эритроциты - $4.5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 155 г/л, тромбоциты - $320 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $11,3 \times 10^9 /л$, б - 1 %, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные - 63%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%, СОЭ - 45 мм/ч; биохимический анализ крови: С-реактивный белок - 45 мг/л (норма 0-5 мг/л); цитологический анализ мокроты: признаки умеренного нейтрофильного воспаления, клеток атипии не выявлено.

Данные инструментальных исследований: рентгенограмма органов грудной клетки в прямой и боковой проекции: диффузное усиление легочного рисунка, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено; ЭКГ: ритм правильный, синусовый, нормальная ЭОС, ЧСС 92 в минуту; Спирография: ОФВ1 55%, Индекс Тиффно 65%, проба с сальбутамолом - прирост ОФВ1 на 5%.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические и лабораторные синдромы у пациентки;
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной? Проведите дифференциальный диагноз;
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и с какой целью?
4. Сформулируйте клинический диагноз;

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 006

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Д, 61 год госпитализирован в отделение кардиореанимации с жалобами на интенсивные жгучие боли в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что пациент работает

слесарем, на протяжении 40 лет курит по 15–20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает, страдает лишним весом. В течение двух месяцев эпизодически отмечает возникновение одышки, боли жгучего характера в эпигастральной области без связи с приемом пищи, эпизодически головные боли. К врачам не обращался, по настоянию жены принимал омега-3 без положительного эффекта. Со слов год назад при измерении АД в аптеке электронным тонометром зарегистрирован уровень 178/92 мм рт ст. Так как ранее не чувствовал признаков повышения АД, показатели тонометра расценил как ошибку тонометра, далее также АД не контролировал. Настоящее ухудшение сегодня на работе, когда боль усилилась, появилась резкая слабость. Вызвал СМП, на ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 58 уд/мин, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF, депрессия ST в I aVL. Экспресс-тест на миоглобин положительный. Пациент доставлен в отделение кардиореанимации с предварительным диагнозом «ОКСпST». При обследовании данных за хирургическую патологию не получено, отмечается повышение уровня тропонина I 24 нг/мл. Пациенту установлен диагноз ИБС: Острый инфаркт миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск ССО4. Табакокурение. Ожирение II ст». Проведено ЧКВ в объеме коронароангиографии со стентированием ПКА (по данным КАГ отмечается стеноз дистальной/3 70%, остальные артерии без гемодинамически значимых стенозов). Назначена двойная антиагрегантная терапия, лизиноприл, бисопролол, аторвастатин. Состояние с положительной динамикой. На 3-и сутки пациент пожаловался врачу на слабость, озноб, кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, одышку при малейшем движении в пределах койки. При осмотре кожные покровы бледные, влажные, температура тела 38,2 С. В легких выслушивается везикулярное дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких слева. ЧДД 20 в мин. Сатурация 94%. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 93 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: Анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $14,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 50 мм/час, тромбоциты - 373×10^9 /л, лейкоцитарная формула – п/я – 21%, с/я – 59%, э-0%, б-1%, мон-2%, лим-17%.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Какие дополнительные обследования нужно провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 007

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной П, 63 года обратился к врачу с жалобами на усиление одышки, выделение большого количества гнойной мокроты после утреннего пробуждения. Из анамнеза известно, что пациент имеет длительный стаж табакокурения (выкуривает по 1 пачке сигарет в день), в течение 15 лет страдает хронической обструктивной болезнью легких, применяет ингаляции с фенотеролом и тиотропия бромидом 2 раза в день. На фоне терапии обострения 3 раза в год (последнее обострение 3 месяца назад, по поводу которого пациент проходил стационарное лечение). В течение 1 месяца отметил изменение характера и количества выделяемой мокроты - появилась гнойная мокрота в большом количестве, усиление одышки при выполнении привычной работы, эпизоды гипертермии до 37,9 С.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 23 в минуту. При аускультации дыхание ослабленное, везикулярное, влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы, также выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в минуту. АД - 138/84 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Периферических отеков нет. Кончики пальцев в форме барабанных палочек.

Клинический анализ крови: гемоглобин -158 г/л. Эритроциты-5,27x10¹²/л, лейкоциты – 14,3x10⁹ /л СОЭ-58 мм/ч. Биохимический анализ крови: Креатинин 89 ммоль/л, мочевины 8 ммоль/л, АСТ 21 Ед/л, АЛТ 28 Ед/л.

Вопросы:

1. Перечислите основные синдромы
2. Предполагаемый диагноз.
3. Какие методы нужно провести для подтверждения диагноза?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 008

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка, 32 года, обратилась на амбулаторный прием с жалобами на слабость, боль в проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставах обеих кистей, боль в обоих лучезапястных, в левом локтевом и обоих коленных суставах, утреннюю скованность в них в течение полутора часов. Из анамнеза известно, что около года назад после перенесенной аденовирусной инфекции впервые отметила боль и припухлость в пястно-фаланговых суставах обеих кистей, утреннюю скованность в них в течение часа. За медицинской помощью не обращалась, принимала эторикокиб в дозе 90 мг в сутки в течение 3 недель с положительным эффектом в виде полного нивелирования припухлости и значимого уменьшения интенсивности болевого синдрома в суставах. Сохранялась утренняя скованность в вышеуказанных суставах в течение 30 минут. Около 1,5 месяцев назад перенесла новую коронавирусную инфекцию, после чего отметила постепенное прогрессирование заболевания в виде усиления интенсивности болевого синдрома, увеличения продолжительности утренней скованности, появления припухлости в мелких суставах кистей, обоих лучезапястных и коленных суставах, затруднения при выполнении профессиональной деятельности (работает бухгалтером). Сопутствующие заболевания: 10 лет назад установлен диагноз аутоиммунный тиреоидит, по поводу чего постоянно принимает левотироксин натрия в дозе 100 мкг.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9о С. Рост 165 см. Вес 58 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистый. Периферических отеков нет. Доступные для пальпации лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧД 16 в минуту, SpO₂=98%. Грудная клетка при пальпации безболезненная, при сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких отмечается ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, проводится во все отделы. Хрипов нет. ЧСС 72 в минуту. АД 110/75 мм рт. ст. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы в области сердца не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не пальпируется, перкуторно – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отмечается боль при пальпации и деформация за счет экссудативных изменений II и III слева и II-V справа проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, II-V пястнофаланговых суставов с обеих сторон, обоих лучезапястных и коленных суставов, ограничение активных и пассивных движений в них. Боль при пальпации левого локтевого сустава. Кисти сжимает в кулак на 70%, мышечная сила в них умеренно снижена. Симптом поперечного сжатия кистей положительный. Симптом поперечного сжатия стоп отрицательный. Активные и пассивные движения в остальных суставах в полном объеме, безболезненные. Число припухших суставов – 18 Число болезненных суставов – 19 Оценка общего состояния по ВАШ – 52 мм.

Клинический анализ крови: эритроциты 4,2x10¹²/л, гемоглобин 126 г/л, лейкоциты 8,8 x 10⁹ /л, тромбоциты 246 x 10⁹ /л. СОЭ 40 мм/час. Биохимический анализ крови: АЛТ 26 Ед/л, АСТ 32 Ед/л, ГГТП 18 Ед/л, щелочная фосфатаза 85 Ед/л, общий билирубин 8,2 мкмоль/л, общий белок 78 г/л, креатинин 63 мкмоль/л, мочевины 5,2 ммоль/л, ревматоидный фактор 235 МЕ/мл (норма: 0-3 0 МЕ/мл), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду 276 МЕ/мл (норма 0-17 МЕ/мл).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие методы дообследования необходимо выполнить?
3. Определите тактику ведения пациентки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 009**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент С. Мужчина 66 лет на плановом медицинском осмотре. В анамнезе перенесённый инфаркт миокарда (2020 год) с ЧКВ и стентированием ПКА, артериальная гипертония (на фоне лечения АД 125/70), атеросклероз артерий нижних конечностей (реvascularизация правой подколенной артерии в 2018 году). Регулярно принимает аспирин-кардио 100мг/сут, лозартан 100мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут, метопролол 50 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут, эзетемиб 10мг/сут, предуктал 80мг 2 раза в день.

В анализе крови – гемоглобин 136 г/л, тромбоциты 250 тыс/мкл, креатинин 90 мкмоль/л, АЛТ 25 ЕД/л, АСТ 22 ЕД/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, общий холестерин 3,6 ммоль/л, ЛПНП 2,0 ммоль/л, ЛПВП 1,0 ммоль/л. На ЭхоКГ – ФВЛЖ 60%, небольшая дилатация полостей обоих предсердий, умеренная ГЛЖ, локальная сократимость ЛЖ не нарушена. Стенокардии, одышки нет, перемежающейся хромоты нет. Курит 2-3 сигареты в день. Ходит пешком около 2-3 км в день. При осмотре жалоб нет. Кожа розовая, цианоза нет, отёков нет. Хрипов в лёгких нет. Ритм сердца правильный. АД 110/60, ЧСС 60 в мин, ЧД 16 в мин.

Вопросы:

1. Какой сердечно-сосудистый риск у этого пациента?
2. Все ли факторы риска скомпенсированы? Если нет, то какие?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 010**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациентка Б, женщина 55 лет. Госпитализирована в приёмное отделение стационара с диагнозом «состояние после обморока». При поступлении жалуется на слабость, одышку, дискомфорт в лево половине грудной клетки. Симптомы появились около 1 недели назад в виде эпизодов сильной слабости и одышки при небольших физических нагрузках, а последние 2 дня – в покое. Сегодня слабость была очень сильная, вплоть до потери сознания. В анамнезе – артериальная гипертония, ожирение (масса тела 100кг). Около 3 недель назад из-за травмы (перелом костей правой голени) была ограничена в движениях, правая голень был иммобилизована гипсовой лонгетой.

При осмотре: кожа бледная, небольшой цианоз губ, увеличение яремных вен, отёков нет, но правая голень в диаметре больше левой. Хрипов в лёгких нет, дыхание равномерно проводится во все отделы. Ритм сердца правильный, шумов нет. АД 110/60 (обычное АД 125-130/80-85), ЧСС 106 в мин., ЧД 20 в мин., SpO₂ 88%, температура тела 36,2С.

На ЭКГ – синусовый ритм, нормальная ЭОС, PQ 0,16 сек, QRS 0,08 сек, QTc 360 мсек, ST на изолинии, отрицательные зубцы Т в V1-V4. Гемоглобин 125 г/л, лейкоциты 10,1 тыс/мкл, креатинин 95 мкмоль/л, тропонин I - не повышено

Вопросы:

1. Какая наиболее вероятная причина заболевания данной пациентки?
2. Какие из следующих шкал риска нужно использовать для подтверждения Вашего предположения: CHADS₂-VASc, GENEVA, GRACE, HAS-BLED, PRECISE-DAPT, WELLS?
3. Какое диагностическое обследование будет являться «золотым стандартом» для подтверждения диагноза?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 011

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка 43 лет поступила по каналу «скорой помощи» с жалобами на удушье, приступообразный сухой кашель. В течение 10 лет наблюдается отоларингологом по поводу полипозного риносинусита. Неоднократно переносила полипэктомию. В связи с головной болью приняла таблетку метамизола натрия (анальгин), после чего развился приступ удушья. При осмотре: пациентка в ясном сознании, возбуждена, на вопросы отвечает отдельными словами в связи с выраженной одышкой, положение вынужденное. Тоны сердца приглушены, ритма правильный, ЧСС 130 в мин, АД 160/90 мм рт ст. Дыхание ослабленное везикулярное, сухие свистящие хрипы, ЧДД 35 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. При пульсоксиметрии SatO₂ 88%.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести по стабилизации состояния пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 012

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Р., 65 лет, поступил в клинику в связи со значительным ухудшением состояния, которое сопровождалось кашлем с отхождением мокроты с прожилками крови, повышением температуры до 40,0 С, лихорадкой неправильного типа, болью под правой лопаткой с иррадиацией в правое плечо. В анамнезе длительный стаж курения (40 лет по 2 пачки в день), профессиональные вредности отрицает. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы с серым оттенком, слизистые оболочки бледно-розовые, питание снижено. Обращает на себя внимание осиплость голоса, некоторое сужение глазной щели справа. Одышка носит смешанный характер, после физического напряжения и при повороте на левый бок возникает удушье с дистанционными хрипами и судорожным надсадным кашлем. При пальпации в правой надключичной области определяется пакет плотных, спаянных с подкожной основой лимфатических узлов, безболезненных, малоподвижных. На правой верхней конечности имеются признаки нерезко выраженного лимфостаза. При осмотре грудной клетки определяется ее цилиндрическая форма, правая половина меньше левой и отстает в акте дыхания. ЧДД = 30/мин, SpO₂ – 94%. Гемодинамика стабильная. При перкуссии над верхними отделами правого легочного поля выслушивается укорочение перкуторного звука, там же в межлопаточной и правой подключичной зоне грубый шум трения плевры, на высоте вдоха и на выдохе – жужжание и свистящие сухие хрипы, дыхание жесткое.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для установления окончательного диагноза?

ПК-3 (ПК-3.1; ПК-3.2):

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 013

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная М., 50 лет, госпитализирована с жалобами на зудящие высыпания на коже верхних конечностей, спине, шее, ягодицах, лобной области, внутренней поверхности бедра обеих нижних конечностей, отечность лица, слабость в верхних и нижних конечностях, слабость шейных мышц (трудно поднять голову с подушки). Из анамнеза известно, что месяц назад отметила появление слабости в руках. Через неделю отметила кожный зуд на спине. С лекарствами, пищевыми аллергенами не связывает. Неоднократно вызывала врача на дом - назначались антигистаминные

препараты - с временным положительным эффектом в виде уменьшения зуда на поверхности спины. Затем сыпь распространилась на туловище, ягодицы, нижние конечности, присоединились сыпь и отеки лица. Постепенно стала нарастать слабость (трудно поднять руки, чтобы причесаться, помыть голову), появилось затруднение при глотании пищи. В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения, вызвала бригаду скорой медицинской помощи, госпитализирована в стационар с диагнозом «Аллергическая реакция неуточненная». При осмотре: температура тела 36,5С. Пациентка лежит в постели, не может подняться и сидеть без посторонней помощи, с трудом удерживает голову. Отеков нет. На лице двусторонняя периорбитальная эритема розово-фиолетового оттенка, веки отечны. на коже обеих верхних конечностей, плеч, спины, ягодиц, внутренней поверхности бедра, в лобной области прослеживаются эритематозные пятна сливного характера, без шелушения, на разгибательных поверхностях суставов пальцев отмечается эритема с признаками шелушения, следы эксфолиаций на надплечье и задней поверхности шеи. Мышечная сила снижена. Дисфагия, дисфония. ЧДД 21 в мин. Дыхание ослаблено, единично выслушиваются сухие хрипы. АД 130/75 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные исследования: 1. Общий анализ крови: гемоглобин 103 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 58%, эозинофилы 2%, лимфоциты 29%, моноциты 10%, тромбоциты 174×10^9 /л, СОЭ 50 мм/час. 2. Общий анализ мочи: относительная плотность 1011, белок 0,3 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 0-1 в п/зр. 3. Биохимический анализ крови: АСТ 842 Ед/л, АЛТ 531 Ед/л, КФК 3017 Ед/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назначьте дообследование для верификации диагноза.
4. Лечебная тактика

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 014

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная С., 65 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до 37,5°C, общую слабость, утомляемость, потливость, заложенность носа, першение в гортани и кашель с вязкой мокротой желтого цвета, одышку. Из анамнеза известно, что заболела остро, около 10 дней назад, когда появились жалобы на повышение температуры тела до 37,6°C, «саднение» за грудиной, сухой, приступообразный кашель, провоцируемый разговором и холодным воздухом, першение в гортани, небольшой насморк. В течение последних трех дней кашель стал влажным с трудно отделяемой мокротой желтого цвета, появилась одышка. В семье перед этим болел ребенок, посещающий детский сад. Лечилась самостоятельно без эффекта. В анамнезе в течение последних 3 лет - артериальная гипертензия с максимальным значением АД 170/100 мм рт ст. Постоянно принимает рамиприл 5 мг и амлодипин 5 мг. На фоне антигипертензивной терапии АД в пределах 135/80 мм рт ст. Вредные привычки отрицает. Эпидемиологический анамнез: за пределы Москвы и Московской области не выезжала. Не работает. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 164 см. Вес 76 кг. Температура тела на момент осмотра 37,3°C. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев гиперемирован. Небные миндалины рыхлые, гиперемированные, без налета. При сравнительной перкуссии легких выявляется небольшое притупление легочного звука в нижних отделах справа. В легких аускультативно выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах справа ослабленное, рассеянные сухие хрипы, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается небольшое количество влажных звонких мелкопузырчатых хрипов. ЧДД 24 в минуту. SpO₂ 94%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 удара в минуту. АД 135/80 мм рт ст. Живот мягкий,

безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, MCV 96 фл (81-103), RDW 12,4% (11,6- 14,8), MCH 29,6 пг (26,0-34,0), MCHC 34,8 г/дл (32,0-36,0), тромбоциты $225 \times 10^9 /л$, лейкоциты $9,41 \times 10^9 /л$, нейтрофилы палочкоядерные 5 %, нейтрофилы сегментоядерные 64 %, лимфоциты 25 %, моноциты 4 %, базофилы 0 %, эозинофилы 2 %, нейтрофилы $4,70 \times 10^9 /л$, лимфоциты $1,37 \times 10^9 /л$, моноциты $0,26 \times 10^9 /л$, эозинофилы $0,09 \times 10^9 /л$, Базофилы $0,04 \times 10^9 /л$, СОЭ 24 мм/ч
Общий анализ мочи : цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, относительная плотность 1016, белок- отрицательно, глюкоза отрицательно, лейкоциты 0-1 в поле зрения. Анализ мокроты: цвет светло - желтый, характер- слизистая, консистенция вязкая, лейкоциты 25-45 в п/зр., эпителий 3-5 п/зр., альвеолярные макрофаги 1-2 п/зр., эритроциты не обнаружены, эозинофилы не обнаружены, атипичные клетки отсутствуют, кристаллы ШаркоЛейдена не обнаружены, спирали Кушмана не обнаружены, флора смешанная.

Микробиологическое исследование мокроты: рост микрофлоры не обнаружен. ИФА: IgM-Chlamydomphila pneumoniae- отрицательно, IgG Chlamydomphila pneumoniae отрицательно, IgM Mycoplasma pneumoniae -положительно, IgG- Mycoplasma pneumoniae отрицательно.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить пациентке?
4. Определите тактику ведения пациентки.
5. Назначьте лечение

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 015

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент К., 38 лет, госпитализирован с жалобами на выраженную одышку в покое, отеки нижних конечностей, сердцебиение, общую слабость. Из анамнеза известно, что ранее заболеваниями сердечно-сосудистой системы не страдал, артериальное давление не повышалось. 2 месяца назад перенес ОРВИ. Настоящее ухудшение в течение двух недель, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах. Перкуторно границы сердца – левая по передне-подмышечной линии, верхняя – III ребро, правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, выслушивается систолический шум на верхушке и у основания мечевидного отростка. ЧСС=102 уд/мин. АД=108/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеки голеней и стоп.

Общий анализ крови: гемоглобин 142 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^9 /л$, лейкоциты $6,6 \times 10^9 /л$, тромбоциты $370 \times 10^9 /л$. ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСЖ=99 уд/мин. Эхокардиография: расширение всех полостей сердца. Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. ФВ ЛЖ 29%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Тактика ведения больного

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 016

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Н., 37 лет, заболел остро за 2 недели до поступления. Отмечал повышение температуры до 37,5-38,0 С, чувство тяжести в груди, нарастающую одышку при физической нагрузке, а затем и в покое, облегчавшуюся в вертикальном положении. Через несколько дней

возникли отеки ног, перед поступлением присоединилась отечность лица. При осмотре: больной сидит, наклонив туловище вперед, прижав подбородок к груди. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Отмечаются одутловатость лица, набухание шейных вен. ЧД 22 в минуту. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца резко ослаблены, шумов нет. ЧСС 110 в минуту, ритм правильный. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, где определяется закругленный край печени, выступающий из-под края реберной дуги на 4-5 см. Селезенка не пальпируется. Умеренные отеки голеней и стоп.

Клинический анализ крови: гемоглобин 139 г/л; лейкоциты 10×10^9 /л; эозинофилы 2%; палочкоядерные 4%; сегментоядерные 70%; лимфоциты 19%; моноциты 5%; СОЭ 60 мм/час. Общий анализ мочи: без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, в синусах левой плевральной полости имеется небольшое количество жидкости. Тень сердца значительно расширена в поперечнике.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 017

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка М, 77 лет, обратилась к врачу-терапевту. Жалобы: на одышку при ходьбе на расстояние до 300 метров и подъеме по лестнице на 2 этаж, ощущение сердцебиения, головокружение, шаткость при ходьбе, изжогу, боли и тяжесть в эпигастральной области, общую слабость. Анамнез: в течение 18 лет гипертоническая болезнь с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. Адаптирована к АД 130/80 мм рт. ст. 6 лет назад перенесла инфаркта миокарда, по поводу которого выполнено стентирование правой коронарной артерии. 3 года назад диагностирована фибрилляция предсердий. Антикоагулянтную терапию никогда не получала. В течение 14 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, обострения 1 раз в год, ЖКК не было. ОНМК, сахарный диабет отрицает. Регулярно принимает лозартан 100 мг в день, бисопролол 5 мг в день, торасемид 5 мг в день, аторвастатин 20 мг 1 раз в день. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 69 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Небольшая отечность голеней и стоп. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипы не выслушиваются, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца неритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, пульс 68 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул, мочеиспускание в норме. ЭКГ: Фибрилляция предсердий с ЧЖС 80 в мин. ЭОС влево. ГЛЖ. Рубцовые изменения нижней стенки левого желудочка.

Вопросы:

1. Оцените риск тромботических и геморрагических осложнений по шкалам CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED
2. Какую группу лекарственных препаратов необходимо обязательно назначить пациентке?
3. Какие лабораторные показатели необходимо контролировать у пациентки, получающей антикоагулянты?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 018

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Т. 80 лет. При поступлении жаловалась на дискомфорт в груди, приступы головокружения при физической нагрузке, однократный обморок, головную боль. Анамнез.

Около 20 лет отмечает повышение АД до 240/130 мм рт. ст. Головокружение беспокоило в течение 10 лет, возникало как при физической нагрузке (подъеме по лестнице выше 2 этажа), так и после эмоциональных переживаний, которые заканчивались падениями. Иногда во время головокружений появлялись перебои в работе сердца. Ухудшение состояния связывала со стрессовой ситуацией, на фоне которой во время ходьбы возник обморок, в связи с чем была вызвана бригада скорой медицинской помощи и пациентка доставлена в стационар. Случаев внезапной смерти и ИБС у близких родственников не было. На улицу выходит редко. Дважды перенесла переломы лучевой кости в типичном месте. Постоянно принимала эналаприл, индапамид. Состояние при поступлении: средней тяжести. Кожный покров бледный. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в одну минуту. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, единичные экстрасистолы (до 2 в одну минуту). В точке Боткина определяется систолический шум, проводящийся на верхушку сердца и на сосуды шеи, умеренной интенсивности, продолжающийся в течение всей систолы. Левая граница относительной тупости сердца определяется по передне-подмышечной линии. Пульс слабого наполнения с медленным нарастанием пульсовой волны. АД 160/100 мм рт. ст., ЧСС 80 в 1 мин. Печень у края реберной дуги. Клинический анализ крови: гемоглобин 132 г/л, лейкоциты $5,5 \times 10^9$, палочкоядерный 9%, сегментоядерные 50%, базофилы 1%, лимфоциты 30%, моноциты 10%, СОЭ 12 мм/час. В биохимическом анализе крови: общий белок 71 г/л, мочевины 5,1 ммоль/л, креатинин 79 мкмоль/л, общий холестерин 5,32 ммоль/л, триглицериды 1,5 ммоль/л, холестерин ЛПВП 1,07 ммоль/л, ЛПНП 2,82 ммоль/л, индекс атерогенности 3,9, билирубин общий 16,2 мкмоль/л (прямой 2 мкмоль/л), АСТ 20 Ед/л, АЛТ 22 Ед/л, КФК 222 Ед/л, ЛДГ 330 Ед/л, щелочная фосфатаза 234.

СРБ 10 мг/л, калий 4,9 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, кальций 0,78 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л.

Рентгенограмма органов грудной полости: легочные поля повышенной прозрачности с явлениями диффузного пневмосклероза. Легочный рисунок усилен, очаговых и инфильтративных теней не обнаружено. Корни уплотнены, тяжистые. Купол диафрагмы четкий, сердце увеличено влево за счет дуги левого желудочка. Тень аорты уплотнена.

ЭХО-КГ: неомогенное утолщение и уплотнение створок аортального клапана, кальцинаты в створках и в кольце аортального клапана, систолическое раскрытие 10 мм. Аорта расширена, диаметр на уровне кольца – 3,3 см, восходящий отдел – 5,0 см. Стенки аорты уплотнены, не утолщены. Максимальная скорость потока – 3,1 м/с, максимальный трансортальный градиент давления – 45 мм рт.ст. Аортальная регургитация 1 степени, с центральным направлением потока. Створки митрального клапана не изменены. Допплерометрия трансмитрального потока – пик Е 0,4 м/с, пик А 0,6 м/с, максимальный транс-митральный градиент давления – 1,44 мм рт.ст. Трикуспидальный клапан не изменен, признаков легочной гипертензии не выявлено. Выявлена дилатация полости левого желудочка с симметричной гипертрофией стенки, умеренное снижение глобальной сократимости ЛЖ. Незначительное уплотнение перикарда, жидкости нет. Количественные показатели: КДР ЛЖ 9,0 см, КСР ЛЖ 6,0 см, КДО ЛЖ 180 мл, КСО ЛЖ 90 мл, правый желудочек 2,6 см, левое предсердие 3,1 см, МЖП 1,4 см, ТЗЛЖ 1,5 см. Фракция выброса левого желудочка 50%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Прокомментируйте ЭхоКГ
3. Какие дополнительные исследования необходимы пациентке?
4. Тактика лечения

ПК-4 (ПК-4.1, ПК-4.2):

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 019

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная 40 лет поступила с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, повышение температуры до 38,5 С. Заболела остро 3 дня назад. Объективно: состояние средней тяжести. ЧД - 28 в мин. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, слева под лопаткой и в подмышечной области притупление, здесь же ослабленное дыхание и голосовое дрожание. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс - 98 в мин. АД - 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Отёков нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что будет при выполнении рентгена грудной клетки?
3. Какое обязательное исследование необходимо выполнить для постановки диагноза?
4. План реабилитационных мероприятий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 020

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной 45 лет, в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной - при ходьбе, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки. Повторно принимал нитроглицерин без эффекта. Осмотрен врачом скорой помощи через 3 часа. В прошлом много лет курил. Состояние тяжелое. Боли продолжаются, беспокоят. Повышенного питания. Конечности бледно-цианотичные, влажные, холодные. Пульс - 120 в минуту, вялый, мягкий. Имеется пульсация в III межреберье по левой парастернальной линии. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД - 75/50 мм рт. ст. ЧД - 24 в минуту. В легких хрипов нет. Температура - 37°С. Шейные вены не набухшие. Бригадой СМП произведено: морфий 1% 1.0 п/к, затем дроперидол и фентанил п/к, строфантин 0.05-0.75 в/в, допамин в/в, начиная с 5 мкг/кг. Через 30 минут АД повысилось до 95/70 мм рт. ст. и больной был госпитализирован.

Вопросы:

- 1). Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?
- 2). Как оценить ночной приступ болей?
3. Осложнение?
4. Что ожидается на ЭКГ?
5. Оцените лечение СМП.
6. План лечения и реабилитации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 021

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной 54 лет, поступил с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца, возникающие при физической нагрузке. В течение 5 лет повышения АД до 190/100 мм рт.ст., привычные цифры АД 140/95 мм рт.ст. В последние 2 года возникают боли за грудиной во время подъема АД, быстро купируются нитроглицерином. Ощущения перебоев в работе сердца появились в течение полугода.

Объективно: границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены, аритмичны, акцент II тона на аорте. Пульс 88 в минуту, АД 175/100 мм рт.ст.

На ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, ритм синусовый, желудочковая экстрасистолия. Анализ крови и мочи без изменений.

- 1) Определите стадию гипертонической болезни?
- 2) Как объяснить загрудинные боли?
- 3) Какая характеристика экстрасистолии требуется?
- 4) Какой препарат выбора для данного больного?
- 5). План реабилитационных мероприятий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 022

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной, 65 лет, пять лет назад перенес инфаркт миокарда. Три года назад появилась одышка, два года назад впервые отекали ноги, появилась тяжесть в правом подреберье. При осмотре отмечается акроцианоз, ноги и руки на ощупь холодные. ЧД 24. Левая граница сердца увеличена на 3 см, ЧСС 108, тоны сердца аритмичны, пульс 86 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край круглый, мягкий, болезненный. Отеки ног. На ЭКГ зубцы Р не регистрируются, f - волна, интервалы R - R от 0,57 до 1,02 сек.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое нарушение ритма?
3. Наметьте план обследования.
4. Предложите лечение.
5. Есть ли возможности для реабилитации?

3.1.3.2 Ситуационные задачи (2 курса):

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 023

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Н., 27 лет, поступила в стационар с жалобами на головную боль, одышку при ходьбе, периодические давящие боли в области сердца, выраженную слабость. Считает себя больной в течение года: год назад впервые появились головные боли, отеки на лице, слабость. При обследовании в поликлинике установили заболевание почек, и пациентка была госпитализирована в стационар с повышенными цифрами АД – 230/120 мм.рт. ст., в крови было установлено повышенное содержание азота, мочевины, креатинина, в моче – белок. Пациентка после стационарного лечения в течение 6 месяцев чувствовала себя удовлетворительно, затем состояние больной стало прогрессивно ухудшаться. При обследовании: Рост – 167 см, вес 60 кг., кожные покровы сухие, бледные с сероватым налетом. В легких дыхание везикулярное, ослаблено. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте, АД – 220/110 мм.рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Правая доля печени выступает на 2 см. ниже края реберной дуги, болезненна. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Отеки в области поясницы и на ногах. Поколачивание в поясничной области болезненно с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты – $1,9 \times 10^{12}/л$, Hb – 65 г/л, ЦП -1,0, тромбоциты - $176 \times 10^9 /л$, лейкоциты – $11,2 \times 10^9$, п.-1, с.-89, л.-8, м.-2, СОЭ – 26 мм/ч. Мочевина – 29 ммоль/л, креатинин – 380 мкмоль/л, холестерин – 3,8 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес – 1007, белок – 3,9 г/л, лейкоциты – 5-7 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 0-1-2 в поле зрения, зернистые цилиндры – 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Поставьте диагноз

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 024

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент А. 25 лет обратился за медицинской помощью в связи с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, головную боль, появление мочи красного цвета, отечность лица, нижних конечностей. Ранее считал себя здоровым человеком. В детстве несколько раз были повторные эпизоды ангины, протекавшие достаточно тяжело, предлагалась тонзиллэктомия,

однако операция так и не была проведена. Хронические заболевания в анамнезе отрицает, в поликлинике на наблюдается, стационарное лечение не проходил. Прием лекарственных препаратов на постоянной основе отрицает. Периодически употребляет алкогольные напитки. Оперативные вмешательства в анамнезе отсутствуют. Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последних двух недель после эпизода переохлаждения и ангины. Антибактериальную терапию не получал, лечился симптоматически, за медицинской помощью не обращался. В связи с сохранением жалоб, а также уменьшением количества выделяемой мочи за сутки обратился за помощью. При осмотре состояние средней степени тяжести. Цвет кожных покровов обычный. Отмечается отечность мягких тканей лица и пастозность стоп и голеней. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. SpO₂ – 98% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС – 90 в минуту. АД – 170/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания – отрицательный с 2-х сторон.

Общий анализ крови: Hb – 102 г/л, эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 280×10^9 /л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9$ /л, лейкоцитарного сдвига нет, СОЭ – 30 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет мясных помоев, прозрачность неполная, рН 6,1, относительная плотность – 1025 г/л, белок – 2,1 г/л, билирубин – 0, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эпителий – 8 в п/зр, эритроциты – 40-50 в п/зр, цилиндры гиалиновые – 6-8 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 86 г/л, альбумин – 43 г/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, мочевины – 10,2 ммоль/л, креатинин – 211,0 мкмоль/л, АЛТ – 35 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, общий холестерин – 5,1 ммоль/л, натрий – 135,2 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы.
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз.
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 025

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка Н. 24 лет поступила в приемное отделение городского скорпомощного стационара в связи с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, потливость, боли в животе, поясничной области, дискомфорт при мочеиспускании, частые позывы к мочеиспусканию, повышение Т тела до 38,0 С. С раннего возраста у пациентки отмечались изменения в анализах мочи (лейкоцитурия, оксалурия). Однако по этому поводу не обследовалась. 2 года назад впервые появились жалобы на боли в животе, поясничной области, дизурические явления в виде болезненного мочеиспускания. Неоднократно проходила курсы лечения антибактериальными препаратами в связи с инфекцией мочевыводящих путей. Оперативных вмешательств в анамнезе нет. Стационарное лечение не проходила. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних 5 дней, принимала фосфомицин, парацетамол – без эффекта. За медицинской помощью не обращалась. В связи с сохранением вышеуказанных жалоб сегодня вызвала бригаду СМП. Была доставлена в приемное отделение стационара. При осмотре в приемном отделении состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Т тела – 37,8 С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. SpO₂ – 97% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. ЧСС – 96 в минуту. АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в средних и нижних отделах. Печень при пальпации +2 см из-под края реберной дуги. Почки при пальпации увеличены. Симптом поколачивания – положительный справа, слабopоложительный слева. Общий анализ крови: Hb – 131 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 310×10^9 /л, лейкоциты – $12,3 \times 10^9$ /л преимущественно за счет гранулоцитов, СОЭ – 50 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность неполная, рН 6,0, относительная плотность – 1018 г/л, белок –

0,25 г/л, билирубин – 0, лейкоциты – 40-50 в п/зр, эпителий – 10-12 в п/зр, эритроциты – 10-12 в п/зр, цилиндры – 6-8 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумин – 45 г/л, глюкоза – 4,1 ммоль/л, мочевины – 7,8 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, АЛС – 43 Ед/л, АСТ – 48 Ед/л, общий холестерин – 4,1 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, калий – 4,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Определите дифференциально-диагностический ряд и установите диагноз.
3. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные обследования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 026

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Н., 18 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, сухость во рту, уменьшение количества выделяемой за сутки мочи, на выраженные отеки в области лица, голеней и стоп. Из анамнеза известно, что в возрасте 5 лет была впервые выявлена выраженная протеинурия, сопровождающаяся массивными генерализованными отеками, в связи с чем больной проходил обследование и лечение в нефрологическом отделении, после проведения глюкокортикостероидной терапии выписан в удовлетворительном состоянии, до настоящего времени симптомы заболевания более не рецидивировали. Настоящее ухудшение состояния в течение месяца, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,7С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, с «перламутровым» оттенком. Лицо одутловатое с отеками век, вздутыми надбровными дугами. Отмечаются выраженные отеки нижних конечностей в области голеней и стоп. Отеки рыхлые, подвижные, сохраняют след от нажатия. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичны, ЧСС - 84 в минуту, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, АД - 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин 102 г/л; эритроциты 2,8x10¹²/л; ЦП - 0,94; тромбоциты 240x10⁹/л; лейкоциты 6,8x10⁹/л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 69%; лимфоциты 21%; моноциты 5%; СОЭ 42 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 52 г/л; альбумин 21 г/л; гамма - глобулины 5 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 86 мкмоль/л; Калий 4,2 ммоль/л; Натрий 140 ммоль/л; АСТ 24 ед/л; АЛТ 21 ед/л; КФК 98 ед/л; билирубин общ. 15 мкмоль/л; глюкоза 4,6 ммоль/л; холестерин 7.8 ммоль/л; фибриноген 8 г/л. Общий анализ мочи: удельный вес 1030, реакция щелочная, белок 3,2 г/л, эритроциты 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты 1 - 2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 20 в поле зрения, бактерий нет. Биопсия почки (электронная микроскопия): отмечается диффузное слияние ножковых отростков подоцитов и их микровиллезная трансформация, другие ультраструктурные патологические изменения в клубочках отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите ведущий синдром. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больному?
4. Перечислите возможные осложнения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 026

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Э., 30 лет, поступила в клинику с массивными генерализованными отеками, задержкой мочи, слабостью, одышкой, повышением АД, тошнотой, рвотой, нестерпимой

головной болью. 1,5 месяца назад во время купания в бассейне поранила ногу, рана плохо заживала. Через неделю на фоне покраснения кожи появилась пузырьчатая сыпь, сильный зуд, пузырьки лопались и покрывались корочками. Без лечения симптоматика исчезла в течение 2 недель. За 10 дней до поступления в клинику заметила изменение цвета мочи, постепенное уменьшение объема выделяемой мочи, в последние сутки диурез составил 300 мл. Постепенно нарастали отеки. Сначала они были только на лице, затем распространились на конечности, брюшную стенку. Появилась одышка. АД повысилось до 190/110 мм рт. ст. При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные; массивные рыхлые отеки лица, брюшной стенки, поясницы, конечностей, при надавливании остается ямка. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, небольшое количество незвонких влажных хрипов в нижних отделах легких с обеих сторон. ЧДД 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС 102 в 1 мин. АД 200/115 мм рт. ст. Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}$ /л /л, лейкоциты $5,0 \cdot 10^9$ /л, базофилы 1%, эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 55%, лимфоциты 34%, моноциты 4%, тромбоциты $290 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 52 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, общий холестерин 4,3 ммоль/л, триглицериды 1,6 ммоль/л, протромбиновый индекс 92%, креатинин 270 мкмоль/л, мочевины 30 ммоль/л. Иммунологическое исследование: антистрептолизин О 250 ЕД (при норме до 200 ЕД), антистрептогалактуронидаза 700 ЕД (при норме до 300 ЕД). Общий анализ мочи: количество 50 мл, цвет бурый, относительная плотность 1020, белок 2,9 г/л, лейкоциты 3–5 в п/зр., эритроциты измененные 30–40 в п/зр.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у этой больной?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больной?
3. Сформулируйте клинический диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 027

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной К., 27 лет, самостоятельно обратился в приемный покой больницы. В течение нескольких месяцев стал отмечать повышенную жажду, постепенно нарастающую слабость, похудание. За последний месяц потерял в весе 7 кг. В последние дни появился зуд кожных покровов, апатия, сонливость, потерял аппетит. При объективном исследовании кожные покровы сухие, следы расчесов. Изо рта запах ацетона. Язык сухой, покрыт коричневым налетом, пародонтоз. При тщательном опросе выявлена полиурия. При исследовании внутренних органов существенных отклонений от нормы не выявлено, однако после исследования крови и мочи больной госпитализирован.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какие изменения могут быть в анализах крови и мочи?
3. О каком осложнении следует подумать?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 028

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная К., 64 г., поступила в клинику с жалобами на тянущие боли в пояснице, усиливающиеся при движении; слабость; Жалобы появились около 4-6 мес. назад. При обследовании в поликлинике, со слов пациентки, выявлен белок в моче, увеличение СОЭ. В качестве терапии принимала фурадонин, затем 5-НОК, левомецетин. На фоне лечения состояние не улучшилось. Болезненность в поясничной области нарастала, стала особенно выраженной в ночные часы. При поступлении: состояние средней тяжести. Бледность слизистых оболочек. При пальпации выраженная болезненность грудной клетки и поясничного отдела позвоночника. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 мин. Границы

сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 165/90 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены. Анализ крови клинический: Нв 80 г/л, эритроциты $2.9 \cdot 10^{11}$ /л, лейкоциты $3,9 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $90 \cdot 10^{11}$ /л, п/я 1%, с/я 75%, лимфоциты 15%, СОЭ 44 мм/час. Анализ мочи общий: р-1020, белок – 3,6, лейкоциты 10-12 в п/зр, эритроциты 4-5 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок 104 г/л, альбумины 26%, γ -глобулины 42%, креатинин 125 , мочевины 13 , мкмоль/л, АСТ 35, АЛТ 38, мочевая кислота 410 мкмоль/л.

В миелограмме ; клеточность костного мозга $300 \cdot 10^9$ /л , бластные клетки 2%, гранулоцитарный росток 46%, лимфоидный ряд 10%, моноцитарный росток 5%, эритроидный ряд 10%, плазматические клетки 27%.

Рентген поясничного отдела позвоночника: компрессионный перелом ThXI, L1-L2 тел позвонков. Признаки диффузного остеопороза

Вопросы:

1. Назовите основные синдромы
2. Предполагаемый диагноз
3. Дополнительные методы обследования

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 029

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Х., 57 лет поступила 17. 04 с жалобами на: слабость, сонливость, головокружение, повышенная чувствительность к холоду. В течении года не может есть лимон и клюкву из-за жжения в языке. Последние полгода отмечает слабость, сонливость, «тарелки падают из рук». Росла и развивалась соответственно возрасту. Работала бухгалтером, последние 3 года на пенсии. В течение последнего года – строгая вегетарианка, отсутствует желание есть мясо, рыбу. У отца – резекция желудка по поводу полипоза. Аллергию, сахарный диабет, хронические заболевания отрицает. Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, с желтушным оттенком. Периферические л/у не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 93 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Отеков нет. Пальпируется нижний полюс селезенки. Клинический анализ крови: WBC- $1,7 \cdot 10^9$ /л, RBC- $1,09 \cdot 10^{12}$ л, HGB-45 г/л, HCT-25%, PLT- $93 \cdot 10^9$, ретикулоциты - 4 о /оо.

В миелограмм клеточность костного мозга $400 \cdot 10^{12}$ /л, бластные клетки 1% , гранулоцитарный ряд 30%, эритроидный ряд 54%, лимфоидный ряд 10% , моноцитарный ряд 5% 49 мегалобластов.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Дифференциальный-диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Поставить диагноз.

ПК-3 (ПК-3.1; ПК-3.2):

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 030

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная 58 лет жалуется на приступы сердцебиения, потливость, сухость кожных покровов, ломкость ногтей, снижение памяти и слабость. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся выкидышами. Страдает поливалентной аллергией.

Объективные данные: Рост – 164 см, вес – 59 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 58 уд. В мин., АД – 100/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Щитовидная железа увеличена до 2 ст, мягкая, узловое образования обеих долей диаметром около 2 см. Выделений из молочных желез нет.

При пальпации щитовидной железы: пальпируются обе доли, размер больше дистальной фаланги, в правой доле определяется нечетко очерченное узловое образование 1,5x1,3 см, в левой доле – узел 1,9x2,4 см с четким ободком Хало. Остальная ткань железы плотная, объем железы 28 см³. Проведена ТАБ, заключение: правая доля - выраженная лимфоцитарная инфильтрация, клетки Ашкенази—Гюртля, левая доля – узловый коллоидный пролиферирующий зоб с явлениями кистозной дегенерации.

При гормональном исследовании: ТТГ – 11,2 (N: 0,4 – 4,0) мЕд/л, св. Т₄ – 8,9 (N: 9,0 – 23, пмоль/л, св. Т₃ – 3,0 (0,3 – 3,9) пмоль/л, АТ-ТПО – 310 МЕ/л (0-100), АТ-ТГ – в пределах референсных значений.

Вопросы:

1. Сформулируйте и поставьте диагноз
2. Какие методы исследования и как часто следует проводить данному пациенту?
3. Терапия

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 031

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная В., 50 лет, обратилась с жалобами на тупые тянущие боли в поясничной области, не зависящие от положения тела, учащенное, болезненное мочеиспускание, общую слабость, быструю утомляемость, головную боль, повышение температуры тела до 37,5С. Из анамнеза известно, что с 20 лет больная страдает частыми обострениями хронического цистита, лечилась самостоятельно. Дважды проходила стационарное лечение в гинекологическом отделении по поводу воспалительного заболевания органов малого таза. В течение последних 10 лет беспокоят тупые тянущие боли в поясничной области, сопровождающиеся учащенным, болезненным мочеиспусканием, повышением температуры до субфебрильных цифр. Урологическому обследованию не подвергалась, при болях принимала дротаверин и травяной сбор. Пять лет назад была диагностирована артериальная гипертензия с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает, эпизодически принимает каптоприл для купирования гипертонических кризов. При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,4С. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, без высыпаний. Конъюнктивы век и склеры нормальной окраски. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. Перкуторно границы относительной тупости сердца не расширены. При аускультации тоны сердца ритмичны, отмечается акцент II тона во II м/р справа, ЧСС - 94 в минуту, мягкий систолический шум на верхушке, АД - 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, больше справа. Дизурия. Стул в норме. Неврологический статус без особенностей. Клинический анализ крови: гемоглобин 110 г/л; эритроциты $3,4 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель 0,98; тромбоциты 210×10^9 /л; лейкоциты $11,7 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 9%; сегментоядерные 67%; лимфоциты 20%; эозинофилы 1%; моноциты 3%; СОЭ 32 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 86 мкмоль/л; АСТ 26 ед/л; АЛТ 28 ед/л; КФК общ. 101 ед/л; билирубин общ. 15,8 мкмоль/л; ЩФ 160 ед/л; холестерин 5,6 ммоль/л; калий 4,3 ммоль/л; натрий 138 ммоль/л; глюкоза 4,8 ммоль/л; С реактивный белок 25 мг/л. Общий анализ мочи: мутная, реакция щелочная, удельный вес 1010, белок 0,033 г/л, эритроциты 5-6 в поле зрения, лейкоциты 25 - 30 в поле зрения, цилиндры отсутствуют, эпителий ед. в поле зрения, бактерий много. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 1000; лейкоциты - 8000; цилиндры - нет. УЗИ брюшной полости и почек: свободной жидкости в брюшной полости нет, печень, селезенка без особенностей. Почки с неровным, деформированным контуром, несколько уменьшены в размерах, паренхима истончена, чашечно - лоханочная система расширена.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной?
4. Обоснуйте тактику лечения больной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 032

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

К врачу-терапевту поликлиники обратилась пациентка В., 48 лет, с жалобами на отеки лица, конечностей, недомогание, повышенную утомляемость, сонливость, повышенное выпадение волос, одышку при подъеме по лестнице. Отмечает немотивированную прибавку массы тела на 10 кг. Вышеуказанные жалобы около 1 года.

В анамнезе ОРВИ, желчнокаменная болезнь, периодическое «ситуационное» повышение АД до 150 и 100 мм.рт.ст. Никаких лекарств регулярно не принимает. Курит 5-6 сигарет в день, алкоголь употребляет 1-2 раза в месяц, около 250 мл сухого вина. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост – 161 см. Вес – 79.6 кг. Несколько заторможена, речь замедлена, голос хриплый, сухость кожи, одутловатость лица, отечность периорбитальной области, нижней трети голени, лодыжек. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Тоны сердца приглушены,

ритмичные. ЧСС и пульс 50 уд/мин. АД – 158/106 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край плотный, закруглен, б/б при пальпации. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологическое отправление: стул – запоры.

При обследовании: клинический анализ крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, остальные показатели в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: холестерин 7.2 ммоль/л, ЛПНП – 4.1 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 4.27 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин 6,5%. ТТГ – 14.2 МЕ/л., fT4 < 0.4 нг/мл ЭКГ – синусовая брадикардия (ЧСС 52 в мин), вольтаж снижен, зубец Т в грудных отведениях сглажен. ЭХО-КГ – размеры сердца в пределах нормы, сократительная способность миокарда не нарушена. ТЗСЛЖ 1,2 см, ТМЖП 1,3 см. В полости перикарда определяется небольшое количество жидкости (80 мл).

По данным ультразвукового исследования щитовидной железы отмечается уменьшение ее размеров, неоднородная структура с множественными «узловыми» образованиями, не демонстрирующими паренхиматозный кровоток при цветовом доплеровском картировании, отмечается размытость структуры железы и подкапсульный фиброз. Тонкоигольная пункционная биопсия «узловых» образований выявила картину очаговой лимфоидной инфильтрации.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте тактику дообследования.
4. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
5. Обоснуйте тактику ведения пациентки

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 033

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка Л., 83 года, вызвала врача-терапевта на дом. Жалобы: нарастающая слабость, одышка, эпизоды падения в квартире без потери сознания, боли в коленных и тазобедренных суставах (интенсивность по ВАШ - 45). Анамнез заболевания: Ухудшение в течение 1,5 месяцев – постепенное нарастание слабости, утомляемости, одышки, головокружения. За медицинской помощью не обращалась. Отмечает 3 эпизода падений дома, последний - за два дня до вызова врача. Хотела прийти на прием в поликлинику самостоятельно, но из-за страха падений не решилась выйти из дома и вызвала врача. Хронический болевой синдром в коленных и тазобедренных суставах отмечает в течение 15 лет с частыми обострениями. Установлен диагноз остеоартрита, регулярно использует НПВП, бесконтрольно. Базисную терапию медленно действующими препаратами не использует. Анамнез жизни: 15 лет страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД 160/100 мм рт.ст. Регулярно принимает эналаприл 10 мг 2 раза в день, индапамид 2,5 мг. ОИМ, ОНМК, сахарный диабет отрицает. Страдает ожирением, диету не соблюдает.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Избыточного питания. Рост 156 см, масса тела 88 кг, ИМТ 36,2 кг/м². Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, систолический шум во всех точках аускультации. ЧСС 88 в 1 мин, АД 145/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Коленные суставы деформированы, объем движений снижен, безболезненные при пальпации.

При обследовании: Эритроциты – $4,12 \cdot 10^{12}$ /л, НВ – 103 г/л, MCV - 77,8, MCHC - 23,9, MCHC – 301, НТ - 32,6, Тромбоциты - $326 \cdot 10^{12}$ /л, WBC – $7,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 6 мм/ч. Сывороточное железо – 5,3 мкмоль/л, ферритин – 12 нг/мл. СРБ – 3, 2 мг/л.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания и синдромы, которые есть у пациентки
2. Какой тип анемии можно диагностировать у пациентки?
3. Какая наиболее вероятная причина анемии?
4. Тактика лечения анемии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 034

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная З., 52 лет, повар, госпитализирована в экстренном порядке в связи с гипертоническим кризом (АД - 200 и 120 мм рт. ст.) Со слов пациентки, болеет гипертонической болезнью с 45 лет, с повышением АД максимально до 190 и 100 мм рт. ст., принимает постоянно лозартан 50/12,5 мг, уровень АД составляет 130-140 и 80-90 мм рт. ст. Не курит, алкоголь употребляет «по праздникам», около 50- 100 мл крепкого алкоголя. Систематической диеты не соблюдает.

Из анамнеза известно, что около 1 года назад обратилась к дерматологу в связи с зудом кожи ладоней, конечностей, живота. Был заподозрен контактный дерматит, получала антигистаминные препараты, мази, пыталась соблюдать диету с ограничением гистаминолибераторов. Зуд стал меньше, но около 2 месяцев назад отметила появление неустойчивого стула – привычные запоры сменились жидким, более светлым и полуоформленным стулом, плохо смываемым с унитаза. Врач поликлиники назначил пациентке фосфоглив, креон, посоветовал соблюдать диету с ограничением животных жиров. Пациентка рекомендации по диете соблюдала 2 недели, затем вновь вернулась к привычному питанию, при этом диарея возобновилась. Также в последнее время стала отмечать сухость глаз, сухость во рту, потребность запивать водой пищу. О данных жалобах врачу не сообщала. При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, рост - 160 см, масса тела - 90 кг. Кожные покровы обычной окраски, склеры и слизистые оболочки слегка желтушные. Температура тела - 36,2 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не пальпируется, молочные железы при пальпации без уплотнений. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой, систолический короткий шум над аортой и в точке Боткина. ЧСС - 90 уд/мин. АД - 160 и 95 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом у корня. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, урчит при пальпации, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под правого края реберной дуги на 4 см, край закруглен, при пальпации плотный, безболезненный, поверхность гладкая. Селезенка не увеличена. Стул неоформленный, светло-желтого цвета, без патологических примесей. Суставы коленные: умеренная крепитация, болезненность при движениях, движения не ограничены. Боль умеренная при пальпации паравerteбрально в поясничном и шейном отделах позвоночника. Пальцевое исследование прямой кишки патологии не выявило. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – уд/мин, горизонтальное направление ЭОС, V5>V6, высокий R в этих отведениях, косонисходящая депрессия ST до 1,5 мм и отрицательный T в I, aVL, V5-V6.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 135 г/л, эритроциты – 4,2x10¹²/л, лейкоциты – 9,0x10⁹ /л, тромбоциты - 310x10⁹ /л, п/я-3%, с/я-70%, л-18%, м-9%, СОЭ 30 мм/час. В общем анализе мочи без патологии. Глюкоза (капиллярная кровь, натощак) – 5,8 ммоль/л. В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, альбумин - 32 г/л, калий - 3,8 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, хлориды - 105 ммоль/л, общий билирубин - 40 мкмоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л, АСТ - 65 ЕД/л, АЛТ - 48 ЕД/л, ЩФ - 1020 ЕД/л, ГГТП - 150 ЕД/л, СРБ - 15 г/л, холестерин - 8,2 ммоль/л, ЛПНП - 4,8 ммоль/л, МНО 1,6. Анализ кала: нейтральный жир +++, мыла ++, умеренное количество непереваренных мышечных волокон, реакция на скрытую кровь отрицательная. УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости не обнаружено, умеренный метеоризм, печень с четкими ровными контурами, повышенной эхогенности, эхоструктура однородная, желчный пузырь без особенностей, общий желчный проток диаметром 5 мм, стенки не утолщены, воротная вена - 15 мм, селезенка – 130x65 мм, селезеночная вена - 10 мм. Поджелудочная железа с четкими неровными контурами, в размерах не увеличена, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Выделите основной клинический синдром и симптомы заболевания. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Сформулируйте и обоснуйте необходимый план обследования.
3. Дифференциальный диагноз.

4. Терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 035

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Д., 32 года, обратился к участковому врачу с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»). Больной перенес ангину и через две недели после нее стал отмечать снижение работоспособности, изменение цвета мочи, отеки век. Болен в течение 2 дней. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ангина, ОРВИ, пневмония. Больной работает контролером, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери гипертоническая болезнь, у отца язвенная болезнь желудка, дочь - здорова. Аллергологический анамнез не отягощен. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. ЧД - 20 в минуту. При аускультации легких: дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный, 78 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин - 122 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л. Цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $6,9 \times 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы - 76 %, палочкоядерные нейтрофилы - 1 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 2 %, лимфоциты - 19 %. СОЭ - 24 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1017, белок - 1,066 г/л, эритроциты - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 7000 в 1 мл, лейкоциты - 2000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено. Суточная протеинурия - 1,8 г. Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, альбумин - 32 г/л, мочевины - 7,8 ммоль/л, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 4,1 ммоль/л. Бактериологическое исследование мазка из зева: патологической микрофлоры не выявлено.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы определяются у больного?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 036

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Р., 47 лет, госпитализирована в травматологическое отделение больницы по поводу спонтанного перелома ключицы справа. Настоящая госпитализация повторная (около 6 мес. назад уже находилась на стационарном лечении по поводу спонтанного перелома ребра).

В анамнезе длительно гипертоник с максимальными подъемами АД до 190/110 мм.рт.ст. Постоянно принимает конкор 10 мг/сутки, рамиприл 10 мг/сутки, тромбо АСС 100мг/сутки. В течение последнего года частые простудные заболевания. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 мин. Границы сердца расширены влево +1,0 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 165/90 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены. Увеличены все группы лимфоузлов до 2-3 см в диаметре.

Анализ крови клинический: Нв 100 г/л, эритроциты $2,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $4,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты 80×10^9 /л. СОЭ 70 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л, альбумины 35, креатинин 76 мкмоль/л, АСТ 35, АЛТ 38. ЛДГ 2000. При КТ органов грудной и

брюшной полости отмечаются множественные остеолитические очаги всех костей скелета В миелограмме клеточность костного мозга $200 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 2% , гранулоцитарный ряд 38%, эритроидный ряд 25%, лимфоидный ряд 30% , моноцитарный ряд 5% При трепаинобиопсии костного мозга в костном мозге отмечаются разрастание лимфоидных очагов из крупных клеток

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие методы обследования нужно провести для подтверждения диагноза.
3. Определите тактику ведения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 037

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной П., 21 год, поступил в терапевтическое отделение жалобами на боль в левом нижнем отделе живота, левой паховой области, подъем температуры до $38^{\circ}C$. Вышеперечисленные жалобы появились 3 месяца назад. На протяжении месяца беспокоили слабость, потливость, особенно в ночное время суток, нестерпимый кожный зуд в области голеней, потеря в весе за месяц - 7 кг. В области голеней видны следы расчёсов. При осмотре в левой паховой области определяется конгломерат лимфатических узлов диаметром 10 см каждый плотноэластической консистенции. Л/узлы спаяны с кожей и подлежащими тканями. Цвет кожи над л/у интенсивно бордовый.

Ан. крови клинический: гемоглобин-100 г/л, Эритроциты- $3,80 \cdot 10^{12}/л$, Цветовой показатель 0,79, ретикулоциты-13%, тромбоциты- $200 \cdot 10^9/л$, Средний объем эритроцитов-77, лейкоциты $26,4 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы-9%, сегментоядерные нейтрофилы-73%, Эозинофилы 1%, лимфоциты-13%, моноциты-2%, плазматические клетки-2%, СОЭ-62 мм/час. УЗИ органов брюшной полости: Печень диффузно увеличена уплотнена. Селезенка умеренно увеличена, диффузно изменена. Забрюшинно, по ходу аорты и нижней полой вены отдельные увеличенные гипоехогенные л/у и их пакеты, распространяющиеся по ходу подвздошных сосудов, конгломераты л/у в воротах печени и селезенки размерами до 15 см в диаметре сливающиеся в конгломераты. Биопсия пахового лимфатического узла: структура лимфоузла полностью стерта . среди малых лимфоцитов встречаются «огромные клетки» создавая картину звездного неба.

Вопросы:

1. Выделить основные клинические синдромы.
2. Предварительный диагноз.
3. Тактика ведения и лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 038

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Б. 72 г. поступил в больницу с диагнозом пневмония. При осмотре увеличены шейные, паховые и подмышечные л/узлы. Лимфатические узлы мягкие, не спаяны между собой и с подкожной клетчаткой, безболезненные при пальпации, размером 2-3 см в диаметре В легких – притупление перкуторного звука справа над нижней долей правого легкого. При аускультации - здесь же выслушиваются звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. На рентгенограмме легких – увеличение паратрахеальных узлов, очаговая пневмония в нижней доле правого легкого. Гепатоспленомегалия.

Клинический анализ крови при поступлении: Нв – 78 г/л, эритроциты - $2,6 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоциты 22%, лейкоциты – $10 \cdot 10^9/л$, эоз.-1%,п/я – 2%, с/я - 17%, лимфоциты – 79%, моноциты – 1%, СОЭ – 63 мм/час., Тромбоциты – $50 \cdot 10^9/л$. клеточность костного мозга $200 \cdot 10^{12}/л$, бластные клетки 3% , гранулоцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 15%, лимфоидный ряд 70% , моноцитарный ряд 2%. Часть лимфоидных элементов с расщепленными ядрами.

Вопросы:

1. Перечислите основные синдромы заболевания.

2. Предварительный диагноз.
3. Назначить лечение.

**ПК-4 (ПК-4.1, ПК-4.2):
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 039**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть.

Больной Л, 55 лет жалуется на похудание, общую слабость, особенно мышечную, снижение аппетита, тошноту, ноющую боль в надчревной области без четкой связи с характером принимаемой пищи, потемнение кожи, особенно лица, кистей, прогрессирующее исхудание появились 1 года назад. В прошлом болел туберкулезом легких. Выраженная общая слабость, в том числе мышечная. Снизилось до нормы артериальное давление, в связи с чем гипотензивные средства практически не принимает. Объективно. Рост – 170 см, масса тела - 64,5 кг. Кожа смуглая, цвета загара, пигментация более выражена на открытых участках тела. Пульс – 68 уд в 1 мин, ритмичный, средней величины. АД - 145/80 мм рт ст. левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Ширина сосудистого пучка – 6 см, тоны сердца ослаблены, систолический шум над верхушкой, усиление II тона над аортой. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно болезненный в надчревной области. Дополнительные исследования: общий анализ крови и мочи без отклонений от нормы, глюкоза крови натощак - 4,55 ммоль/л. ЭКГ - ритм синусовый, правильный, снижение вольтажа зубцов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте диагноз.
3. Объясните вероятную причину нормализации артериального давления.
4. Составьте план дополнительных исследований для обоснования окончательного диагноза.
5. Какая информация может быть получена при эхографии надпочечников?
6. **Возможна ли реабилитация после лечения?**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 040

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть.

Пациентка 22 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на слабость, жажду, полиурию, головную боль. Данные анамнеза: после родов год назад появилась слабость, жажда, полиурия (выпивала до 4-х литров жидкости в день), боли в эпигастрии, диспепсия и снижение массы тела. Данные объективного обследования: щитовидная железа не увеличена, эластичной консистенции, узлы не пальпируются. Клинически и лабораторно - эутиреоз. Данные лабораторного обследования: сахар крови натощак - 5,5 ммоль/л, общий кальций – 2,58 (N – 2,05 -2,5 ммоль /л, гиперкальциурия - 6,75 (N - 4,02-4,99) ммоль/сутки, ПТГ -202 (N – 16-87) пг/мл. В общем анализе мочи – рН -7,6, удельный вес - 1009, белка нет, в осадке – оксалаты, фосфаты. Данные инструментального обследования: при рентгеновской остеоденситометрии выявлено снижение МПК в области шейки бедра (Т-критерий -2,5 SD) УЗИ почек: нефрокальциноз в виде гиперэхогенности пирамидок обеих почек. УЗИ щитовидной железы: узел 3 см в правой доле ЩЖ (3,2x1,75x2,03 см, пониженной эхогенности). УЗИ поджелудочной железы: уплотнение ткани, пониженной эхогенности, кисты в проекции тела и хвоста ПЖ. В остальном проведение УЗИ брюшной полости, почек и надпочечников патологии не выявило. Прицельный рентгеновский снимок турецкого седла - остеопороз спинки турецкого седла. Спиральная КТ с контрастом: выявлено образование 3,1x2,0 см позади нижней доли ЩЖ справа – предположительно аденома ОЩЖ.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Какова цель лечения?
5. Реабилитация.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 041

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка 40 лет, находилась в отделении гастроэнтерологии с жалобами на частые поносы, боли в животе, снижение веса, боли в спине.

Данные анамнеза: в течение нескольких лет отмечала плохое самочувствие, нарастание слабости, боли в спине, снижение веса на 4 кг, частый жидкий стул и периодические боли в животе.

Данные объективного обследования: Рост 161см, вес 58 кг (ИМТ 22,38). Щитовидная железа не увеличена, эластичной консистенции, узлов не определяется. Тремор пальцев рук отсутствует. Глазные симптомы отрицательные. Пульс 78 ударов в 1 мин ритмичный, АД 130/82 мм рт. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. В остальном со стороны внутренних органов - без отклонений от нормы.

Данные лабораторного обследования: выявлена гипохромная анемия, гипокальциемия: общий кальций - 2,0 ммоль/л (норма от 2,2 до 2,65 ммоль/л), ионизированный кальций - 1,1 ммоль/л. (норма от 1,13 до 1,31 ммоль/л); паратгормон - 15,2 пмоль/л (норма от 2,35 - 11,54 пмоль/л), фосфора неорганический - 1,06 ммоль/л. (норма от 0,87 до 1,45 ммоль/л), креатинин - 80 мкмоль/л, СКФ по формуле СКД-ЕРІ = 80 мл/мин/1,73м²; выявлено повышение уровней антиглиадиновых антител (маркеры целиакии) Данные инструментального обследования: При рентгенологическом обследовании на рентгенограммах позвоночника признаки диффузного остеопороза, снижение высоты тел позвонков в грудном и поясничном отделе. По данным денситометрии Z-критерий менее -2,5 в поясничном отделе позвоночника (низкая минеральная плотность кости для хронологического возраст, при ФГДС - признаки атрофического гастродуоденита

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Каковы причины изменений в костях.
3. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
4. Определите тактику лечения остеопороза
5. Реабилитация.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 042

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная 46 лет жалуется на слабость, сильную головную боль. В анамнезе - хронический цистит.

При осмотре: ЧСС - 66 в минуту. АД - 190/125 мм рт. ст. Имеются признаки гипертрофии левого желудочка сердца. Со стороны легких и органов брюшной полости патологии не отмечается. *Анализ крови:* НЬ - 114 г/л, СОЭ - 22 мм/час. *Анализ мочи:* относительная плотность - 1005-1010, лейкоц. - 10.0x10⁹/л.

Вопросы:

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Вероятный механизм артериальной гипертензии?

- 3) Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза заболевания почек?
- 4) Тактика лечения?
- 5) Реабилитация

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 043

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная М., 41 года, жалуется на жидкий стул (до 10 -12 раз в сутки) с примесью слизи и крови, разлитую боль в нижней части живота, снижение массы тела на 6 кг в течение последнего года. Считает себя больной около года. Неоднократно обследована в инфекционном отделении, где диагнозы острых инфекционных заболеваний были сняты.

При осмотре: больная пониженного питания, кожа дряблая сухая. Язык ярко – красный, живот мягкий, пальпация сигмовидной кишки болезненна. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 3 см, уплотнена. Пульс 86 уд/мин., ритмичный, мягкий. АД 100/60 мм рт ст. Тоны сердца ослаблены. ЧД 20 в мин. В стуле незначительное количество жидкого содержимого с примесью крови.

В ан. крови НВ 110 г/л; ЦП – 0,76; эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л; тромбоцитов – 170 тыс.; лейкоцитов $8,9 \times 10^9$; э – 4%; пал/яд.- 6%; сегм. – 62%; лимфоциты 28%; СОЭ – 37 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Эндоскопические изменения при данной патологии?
4. Дифференциально-диагностический алгоритм?
5. План лечебных мероприятий?
6. Реабилитация?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 044

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной 27 лет поступил с жалобами на тупые длительные боли в правом подреберье, периодически легкая желтушность склер. Болен около 5 лет после перенесенного вирусного гепатита. Заболевание имеет волнообразное течение, обострения связаны с переутомлением, погрешностями в диете. *Объективно:* печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотная. *Анализ крови и мочи* без изменений. Билирубин - 35.4 ммоль/л, АсАТ - 0.8 ммоль/л, АЛТ - 1.5 ммоль/л.

- 1) Ваш вероятный диагноз?
- 2) Какие биохимические синдромы выявлены?
- 3) Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
- 4) Тактика лечения?

3.1.4. Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку

3.1.4.1. Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку (1 курс)

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

1. Интерпретация биохимических показателей у пациентов с (пневмония, бронхиальная астма).
2. Расчет скорости клубочковой фильтрации в норме.
3. Интерпретация результатов спирометрии.
4. Интерпретация результатов плевральной пункции.
5. Интерпретация результатов ЭКГ (гипертрофии (предсердий, желудочков), инфаркт миокарда, ТЭЛА, нарушения ритма (экстрасистолии, фибрилляция предсердий, трепетание пред-

сердий, желудочковая и суправентрикулярная тахикардия), нарушения AV-проводимости различной степени тяжести)

6. Интерпретация рентгена грудной клетки (при поражении лёгких и сердца).
7. интерпретация рентгена суставов

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

8. Алгоритм действий при ОКС и отёке лёгких
9. Алгоритм действий при ОКС и кардиогенном шоке
10. Алгоритм действий при анафилактическом шоке
11. Алгоритм действий при ТЭЛА
12. Алгоритм действий при гипертоническом кризе
13. Алгоритм действий при бронхообструкции

3.1.4.2 Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку (2 курс)

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

14. Пальпация щитовидной железы, шейных лимфоузлов
15. Оценка показателей крови у больных с заболеваниями щитовидной железы.
16. Оценка маркеров онкологии у пациентов с заболеваниями щитовидной железы.
17. Интерпретация биохимических показателей и показателей общего анализа крови у пациентов с ДТЗ, принимающих тиреостатики.
18. Интерпретация диагноза диабетической нефропатии в соответствии с классификацией хронической болезни почек (ХБП).
19. Интерпритация результатов РН-метрии
20. Интерпритация результатов клинического анализа крови у пациентов с анемиями, лейкозами (острыми и хроническими)
21. Интерпритация результатов стеральной пункции и трепанобиопсии.
22. Оценка показателей гликемического профиля у больных с сахарным диабетом.
23. Оценка анализа мочи при сахарном диабете.
24. Определение глюкозы и ацетона в моче.

ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2)

25. Алгоритм действий при гипергликемии
26. Алгоритм действий при гипогликемии

3.1.5 Тематика рефератов

3.1.5.1 Тематика рефератов (1 курс)

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

1. Бронхиальная астма. Этиология. Клиника. Диагностика.
2. Астматический статус. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
3. Бронхоэктатическая болезнь. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
4. Легочное сердце: Диагностика. Клиника.
5. ГЭРБ. Этиология. Современные подходы к диагностике.
6. Хронические холециститы. Лечение, профилактика.
7. Инфекционный эндокардит: Этиология. Современные особенности инфекционного эндокардита.
8. Гипертоническая болезнь симптоматические артериальные гипертензии. Дифференциальный диагноз.
9. ИБС. Стенокардия напряжения. Диагностика.
10. ОКС с подъёмом сегмента ST. Дифференциальный диагноз.
11. Нарушения проводимости. Диагностика.

3.1.5.2 Тематика рефератов (2 курс)

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

12. Климатерический синдром. Диагностика. Клинические проявления.
13. Диффузный токсический зоб. Диагностика. Клинические проявления.
14. Остеопороз. Диагностика. Клинические проявления.
15. Врожденная дисфункция коры надпочечников
16. Острый гломерулонефрит. Диагностика. Клинические проявления.
17. Нефротический синдром. Диагностика. Клиника.
18. Хронические холециститы. Клиника. Диагностика.
19. Хронический панкреатит. Клиника. Диагностика.
20. Цирроз печени. Клиника. Диагностика.
21. Хр. лимфолейкоз. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз.
22. Острые лейкозы. Возможности диагностики на современном этапе.
23. Миеломная болезнь. Клиника. Диагностика.
24. Акромегалия и гигантизм. Этиология. Клиника. Диагностика.
25. Сахарный диабет 1 типа. Клиника. Диагностика.

3.2 Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Перечень контрольных вопросов к экзамену

3.2.1.1 Перечень контрольных вопросов к экзамену (1 курс)

ПК-2:

1. Организация работы терапевтического стационара и дневного стационара.
2. Должностные особенности медицинского персонала терапевтического отделения стационара и дневного стационара.
3. Порядок оформления электронной карты стационарного больного. Медицинская документация стационара и дневного стационара. ЕМИАС в работе терапевтического стационара.
4. Порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов терапевтического профиля и порядок выдачи листка временной нетрудоспособности. Основы проведения МСЭ. Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма для прохождения МСЭ.
5. Профилактическая работа в стационаре. Формы и методы санитарно-просветительской работы по формированию здорового образа жизни и по профилактике неинфекционных заболеваний и их осложнений. Методы профилактики инфекционных заболеваний.
6. Понятие о медицинской реабилитации больных терапевтического профиля. Методы медицинской реабилитации. Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.
7. Взаимоотношения врача и пациента в современной медицинской практике.
8. Основы проведения синдромного дифференциального диагноза.
9. Построение плана обследования и лечения пациента.
10. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение. Этиология, патогенез. Классификация. Фенотипы. Диагностика.
11. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез. Эндотипы и фенотипы. Диагностика. Осложнения. Определение степени тяжести течения, уровня контроля бронхиальной астмы. Дифференциальный диагноз.
12. Пневмонии. Показания к госпитализации пациентов. Показания к нахождению пациентов в отделении интенсивной терапии. Критерии пневмонии тяжелого течения.
13. Абсцесс легкого. Этиология, классификация. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз.
14. Саркоидоз. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз поражения легочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов.
15. Дифференциальная диагностика объемных образований в легких. Методы скрининга.

Неинвазивные и инвазивные методы верификации диагноза.

16. Легочной гипертензия. Классификация. Оценка тяжести заболевания. Дифференциальный диагноз.

17. Синдром плеврального выпота. Этиология, патогенез, классификация. Методы диагностики. Клиническая картина.

18. Дыхательная недостаточность. Классификация. Диагностика, клинические и функциональные признаки, типичные заболевания.

19. Атеросклероз, периоды течения, клинические формы, тактика обследования.

20. Стенокардия напряжения. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз.

21. Микрососудистая и вазоспастическая стенокардия: клиническая картина, диагностика и ведение пациентов.

22. Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Клиническая картина. Диагностика.

23. Тактика ведения пациентов ОКС без подъема сегмента ST. Тактика ведения пациентов ОКС с подъемом сегмента ST. Течение и исходы ОКС.

24. Инфаркт миокарда (ИМ). Современная классификация ИМ: типы, стадии ИМ. Определение локализации ИМ. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз.

25. Осложнения ИМ. Диагностика.

26. Гипертоническая болезнь. Факторы риска. Классификация, клиническая картина. Диагностика.

27. Гипертонические кризы, классификация, клиника.

28. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клиническая картина. Гемодинамические типы. Диагностика, дифференциальный диагноз, показания к генетическому тестированию.

29. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология и патогенез стеноза левого атриовентрикулярного отверстия. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика и определение степени выраженности стеноза.

30. Недостаточность аортального клапана. Этиология острой и хронической аортальной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Определение выраженности аортальной регургитации. Диагностика. Осложнения.

31. Инфекционный эндокардит, варианты течения, клиническая картина, осложнения. Диагностика.

32. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте.

33. Дифференциальный диагноз синкопальных состояний.

34. Сердечная недостаточность. Клинические варианты сердечной недостаточности. Диагноз и дифференциальный диагноз.

35. Тромбоз легочной артерии. Клиническая картина. Понятие о риске эмбологического венозного тромбоза и ТЭЛА. Диагноз, дифференциальный диагноз, прогностические шкалы.

36. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматической лихорадки, диагностические критерии.

37. Ревматоидный артрит. Классификация, клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз. внесуставные проявления. Особые формы ревматоидного артрита.

38. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальный диагноз.

39. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальный диагноз. внесуставные проявления.

40. Остеоартрит. Классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальный диагноз.

41. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клини-

ческие синдромы, варианты течения. Критерии и дифференциальный диагноз.

42. Понятие о болезнях склеродермической группы. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, критерии, дифференциальный диагноз.

43. Болезнь Шегрена. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, критерии, лабораторная диагностика.

44. Этиология и патогенез системных васкулитов. Классификация васкулитов. Органные поражения. Принципы дифференциального диагноза.

45. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиническая картина. Диагностика.

46. Хронические гепатиты: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика.

47. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность, печеночная энцефалопатия, портальная гипертензия, асцит. Клиника. Диагностика.

ПК-3:

48. Хроническая обструктивная болезнь легких. Лечение.

49. Бронхиальная астма. Стандарты терапии бронхиальной астмы.

50. Пневмонии. Терапия. Критерии эффективности лечения.

51. Абсцесс легкого. Лечение.

52. Саркоидоз. Лечение, прогноз.

53. Легочной гипертензия. Лечение.

54. Дыхательная недостаточность. Терапия.

55. Атеросклероз. Лечение.

56. Стенокардия напряжения. Лечение.

57. Микрососудистая и вазоспастическая стенокардия. Терапия.

58. Острый коронарный синдром. Лечение.

59. Осложнения ИМ. Лечение.

60. Гипертоническая болезнь. Тактика ведения больных.

61. Гипертонические кризы. Принципы лечения.

62. Гипертрофическая кардиомиопатия. Лечение.

63. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Тактика ведения больных, показания к хирургическому лечению.

64. Недостаточность аортального клапана. Тактика ведения больных.

65. Инфекционный эндокардит. Тактика лечения пациентов. Прогноз.

66. Перикардиты: Лечение.

67. Сердечная недостаточность. Современная тактика ведения пациентов.

68. Тромбоэмболия легочной артерии. Тактика ведения пациентов разных степеней риска.

69. Острая ревматическая лихорадка. Лечение.

70. Ревматоидный артрит. Лечение.

71. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Лечение.

72. Псориатический артрит. Современная тактика ведения пациентов.

73. Остеоартрит. Современная тактика ведения пациентов.

74. Системная красная волчанка. Лечение.

75. Болезнь Шегрена. лечение.

76. Системные васкулиты. Общие принципы ведения пациентов.

77. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Лечение.

78. Хронические гепатиты. лечение.

79. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность, печеночная энцефалопатия, портальная гипертензия, асцит. Терапия.

ПК-5

80. Хроническая обструктивная болезнь легких. Экспертиза временной нетрудоспособности.
81. Бронхиальная астма. Экспертиза временной нетрудоспособности.
82. Пневмонии. Экспертиза временной нетрудоспособности.
83. Стенокардия напряжения. Экспертиза временной нетрудоспособности.
84. Гипертоническая болезнь. Экспертиза временной нетрудоспособности.
85. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Экспертиза временной нетрудоспособности.

3.2.1.2 Перечень вопросов к экзамену (2 курс)

ПК-2:

86. Хронический гастрит. Классификация, клиническая картина, диагностика.
87. Язвенная болезнь желудка. Классификация, клиническая картина, осложнения.
88. Язвенный колит. Клиническая картина. Классификация. Критерии. Дифференциальный диагноз.
89. Гломерулонефриты. Классификация. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальный диагноз.
90. Нефротический синдром. Клиническая картина, осложнения, диагностика.
91. Острое почечное повреждение. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика.
92. Хроническая болезнь почек. Клиническая картина, диагностика.
93. Тактика обследования гематологического больного.
94. Дифференциальный диагноз гипохромных анемий.
95. В12 и фолиевые дефицитные анемии. Причины, клиническая картина, диагностика.
96. Формы гемолиза. Гемолитические анемии: причины, классификация, клинические проявления.
97. Острые лейкозы. Современная классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина.
98. Хронические миелопролиферативные заболевания. Клиническая картина отдельных форм. Мутации. Диагностика.
99. Неходжкинские лимфомы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм.
100. Лимфома Ходжкина. Классификация. Мутации. Клиническая картина. Диагностика.
101. Множественная миелома. Клиническая картина, диагностика.
102. Тромбофилии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика.
103. Коагулопатии. Этиология. Патогенез, клиническая картина, диагностика.
104. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика.
105. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика.
106. Аутоиммунный тиреоидит. Подострый тиреоидит. Этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Диагностика.
107. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Диагностика. Осложнения.
108. Гипотиреозы и микседема. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
109. Патология паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика.
110. Болезнь Иценко-Кушинга. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
111. Комы при сахарном диабете: клиническая картина, лабораторная диагностика.
112. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез. Клиническая картина,

диагностика.

ПК-3:

113. Хронический гастрит. лечение.
114. Язвенная болезнь желудка. лечение.
115. Язвенный колит. Современная тактика ведения пациентов.
116. Гломерулонефриты. Лечение.
117. Нефротический синдром. лечение.
118. Острое почечное повреждение. лечение, профилактика.
119. Хроническая болезнь почек. лечение, профилактика.
120. Заместительная почечная терапия: тактика ведения пациентов.
121. В12 и фолиевые дефицитные анемии. лечение.
122. Гемолитические анемии. Тактика ведения пациентов.
123. Острые лейкозы. Принципы терапии.
124. Хронические миелопролиферативные заболевания. Принципы терапии.
125. Неходжкинские лимфомы. Лечение.
126. Лимфома Ходжкина. Принципы терапии.
127. Множественная миелома. лечение, прогноз.
128. Токсические эффекты противоопухолевой терапии в гематологии.
129. Тромбофилии. лечение, прогноз.
130. Коагулопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
131. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. лечение, прогноз.
132. Сахарный диабет. Лечение.
133. Аутоиммунный тиреоидит. Лечение.
134. Диффузно-токсический зоб. Лечение, профилактика,
135. Гипотиреозы и микседема. Лечение.
136. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз. Лечение.
137. Болезнь Иценко-Кушинга. Лечение.
138. Комы при сахарном диабете: интенсивная терапия, реанимация.
139. Острая надпочечниковая недостаточность. Принципы интенсивной терапии.

ПК-5:

140. Хронический гастрит. Экспертиза временной нетрудоспособности.
141. Язвенная болезнь желудка. Экспертиза временной нетрудоспособности.
142. Язвенный колит. Экспертиза временной нетрудоспособности.
143. Гломерулонефриты. Экспертиза временной нетрудоспособности.
144. В12 и фолиевые дефицитные анемии. Экспертиза временной нетрудоспособности.

3.2.2. Тестовые задания к экзамену

3.2.2.1 Тестовые задания к экзамену (1 курс)

УК-1 (УК-1.1; УК-1.2; УК-1.3):

10. ЭКГ-признаком инфаркта миокарда могут являться "реципрокные" изменения :
 - при инфаркте межжелудочковой перегородки
 - при заднедиафрагмальном инфаркте миокарда
 - при высоком боковом инфаркте миокарда
 - * при заднебазальном инфаркте миокарда
11. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
 - васкулиты мелких сосудов
 - миокардит

* все перечисленное
эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов

12. При остановке кровообращения развивается:
метаболический алкалоз
*метаболический ацидоз
респираторный алкалоз
респираторный ацидоз

13. Для брадисистолической формы фибрилляции и трепетания предсердий характерно:
частота желудочковых сокращений менее 80 в минуту
частота желудочковых сокращений от 60 до 90 в минуту
*частота желудочковых сокращений менее 60 в минуту
частота желудочковых сокращений 100 и более в минуту

14. Рецидивирующее удушье не наблюдается при:
* инородном теле в подвязочном пространстве
полипах носа
патологии среднего уха
глаукоме

15. Поражение альвеолярно- капиллярной мембраны не наблюдается при:
* трахео-бронхиальных дискинезиях
синдроме Хамена –Рича
экзогенном аллергическом альвеолите
токсическом альвеолите

16. Базисная терапии бронхиальной астмы включает применение:
аминофиллина, астмопента и бронхолитина
сальбутамола, беротека, сальбена
* бенакорта, флунизолида, кромоглициевой кислоты
ипратропия бромида, беродуала

17. Короткодействующие бронходилататоры при ХОБЛ назначают с целью:
подавления хронического воспаления
* уменьшения обструкции и улучшения переносимости нагрузки
улучшения эластической тяги легких
предупреждения дальнейшего снижения функции легких.

18. При выборе эмпирической антимикробной терапии внебольничной пневмонии не учитывается следующий фактор:
активность антибактериального препарата в отношении пневмококка.
активность антибактериального препарата в отношении «атипичных» возбудителей
индивидуальный профиль риска пациента (аллергия, состояние функции печени и почек)
* механизм действия препарата (бактерицидный или бактериостатический)

УК-3 (УК-3.1; УК-3.2; УК-3.3):

41. Рассмотрение обращений граждан, связанных с оказанием медицинской помощи в медицинской организации, является функцией
*врачебной комиссии
заведующего соответствующим подразделением
главного врача

заместителя главного врача по медицинской части

42. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности формируется и продлевается на срок не более _____ месяцев с даты начала временной нетрудоспособности

*4

5

7

6

43. Принятие решения о назначении лекарственных препаратов по торговым наименованиям при наличии медицинских показаний является функцией

консилиума врачей

*врачебной комиссии

заведующего поликлиникой

лечащего врача

44. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который _____ формирует (выдает) гражданам листки нетрудоспособности сроком до пятнадцати календарных дней включительно

по согласованию с заведующим отделением

по решению врачебной комиссии

с учетом пожеланий пациента

*Единолично

45. В основе медицинской этики и деонтологии лежат правила и нормы взаимодействия медицинского работника с

представителями общества защиты прав потребителей

*коллегами, пациентом и его родственниками

членами своей семьи

участниками Всероссийского общественного движения «За права человека»

46. Организацию обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров поручают

e) кожно-венерологическим диспансерам

f) центрам госсанэпиднадзора

g) территориальным поликлиникам

h) *руководителям предприятий

47. Иностранцам гражданам, работающим по трудовому договору в организациях рф, для удостоверения временной нетрудоспособности

e) не выдаётся никакой документ

f) *формируется (выдаётся) листок нетрудоспособности

g) выдаётся справка произвольной формы

h) выдаётся справка установленного образца

48. Пособие по временной нетрудоспособности назначается, если обращение за ним последовало не позднее _____ месяцев со дня восстановления трудоспособности

e) 12

f) 16

g) *6

h) 7

49. Полис обязательного медицинского страхования имеет силу
- е) только на территории того субъекта Российской Федерации, где выдан страховой полис
 - ф) только на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет дипломатические отношения
 - г) только на территории того субъекта Российской Федерации, где проживает застрахованный
 - h) *на всей территории Российской Федерации

50. При внезапных острых заболеваниях, представляющих угрозу жизни пациента, медицинская помощь должна быть оказана в _____ форме
- е) срочной
 - ф) *экстренной
 - г) неотложной
 - h) плановой

51. После обучения по программам профессиональной переподготовки медицинские работники должны пройти
- е) периодическую аккредитацию
 - ф) аттестацию
 - г) *первичную специализированную аккредитацию
 - h) первичную аккредитацию

УК-5 (УК-5.1; УК-5.2; УК-5.3):

52. Документы и массивы документов в информационных системах (библиотеках, архивах, фондах, банках данных, депозитариях, музейных хранилищах и т. п.):
- *информационные ресурсы
 - информационные продукты
 - информационные ракурсы

53. Информационные ресурсы являются одним из видов общественных, экономических ресурсов:
- факторов ведения дел
 - *факторов производства
 - факторов деятельности

54. Информационные ресурсы общества в настоящее время рассматриваются как такие ресурсы:
- главные
 - запасные
 - *стратегические

55. Между информационными ресурсами и всякими иными существует одно важнейшее различие:
- *всякий ресурс, кроме информационного, после использования исчезает
 - всякий ресурс, кроме информационного, после использования не исчезает
 - всякий ресурс, кроме информационного, после использования переходит на новый уровень

56. Огромные информационные ресурсы скрыты в:
- магазинах
 - частных коллекциях

* библиотеках

57. Во всех развитых странах существуют специализированные системы такой информации:

ложной

*научно-технической

забытой

58. Средства фотокопирования относятся к средствам:

гектографии

микрографии

*репрографии

59. Теоретически неограниченный статистический набор данных, физически расположенный на магнитном или оптическом диске, имеющий уникальное имя и метки начала и конца, называется:

*файлом

документом

директорией

60. Число оценок степени непосредственного влияния информационных технологий на основную деятельность организаций:

четыре

пять

*две

61. При реализации хранилища данных особое значение приобретают следующие процессы работы с данными:

извлечение, синтез, анализ, представление

* извлечение, преобразование, анализ, представление

извлечение, преобразование, синтез, изменение

62. Уровень развития сферы информационных услуг во многом определяет степень приближенности к такому обществу:

* информационному

открытому

закрытому

63. По-настоящему рынок информационных ресурсов и услуг расцвёл после широкого внедрения:

прессы

*микрокомпьютеров

телевидения

ОПК-4 (ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4):

64. Шкала SCORE используется для:

показаний для назначения антикоагулянтов;

показаний к АКШ;

приверженности к лечению;

* риска развития острых сердечно-сосудистых осложнений

65. Синдром Лефгрена (один из ранних признаков саркоидоза) проявляется:

одышкой, кашлем, лихорадкой

*лихорадкой, узловой эритемой, полиартралгией

одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов

лихорадкой, одышкой, увеличением внутригрудных лимфатических узлов

66. Дневное и ночное удушье, ОФВ1 60- 80% от нормы характерно:

для интермиттирующей бронхиальной астмы

для легкой персистирующей бронхиальной астмы

для персистирующей бронхиальной астмы средней тяжести

*для тяжелой персистирующей бронхиальной астмы

67. Нозокомиальной принято называть пневмонию, возникшую:

у ранее не леченого человека

до 48 ч после госпитализации человека

у беременной женщины после 20 недель беременности

*позднее 48 часов после госпитализации пациента

68. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать:

*с изъязвленным раком

с лейомиомой

с лейкоплакией

с дивертикулом пищевода

ОПК-5 (ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3):

69. Лечение острого бронхита проводится обычно:

*в амбулаторных условиях

в стационаре

сначала амбулаторно, а затем в стационаре

в санатории

70. Короткодействующие бронходилататоры при ХОБЛ назначают с целью:

подавления хронического воспаления

*уменьшения обструкции и улучшения переносимости нагрузки

улучшения эластической тяги легких

предупреждения дальнейшего снижения функции легких

71. Лечение печеночной энцефалопатии включает:

лактозу и рифаксимин

L-орнитин-L-аспартат

инфузионную терапию

*все перечисленное

41. Для абактериальной стадии подострого инфекционного эндокардита не характерно:

наличие анемии, лейкоцитопении, тромбоцитопении

* наличие положительного результата посева крови

наличий артралгии

развитие порока сердца

42. Антиангинальный эффект бета-блокаторов при стабильной стенокардии обусловлен:

* уменьшением потребности миокарда в кислороде

увеличением коронарного кровотока

и то и другое

нет правильного ответа

43. Антиангинальный эффект антагонистов Са при стабильной стенокардией обусловлен:
увеличением коронарного кровотока

* влиянием на коронарный кровоток и уменьшением потребности миокарда в кислороде
уменьшением потребности миокарда в кислороде

нет правильного ответа

44. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме бета-блокаторов связано с:
уменьшением преднагрузки на левый желудочек

уменьшением постнагрузки на левый желудочек

* как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом
отрицательным хронотропным эффектом

45. Тактика ведения пациентов с фибрилляцией предсердий зависит от:
формы фибрилляции предсердий

стратификации риска инсульта и тромбоэмболий

* от всего перечисленного

от основного заболевания

ОПК-6 (ОПК-6.1; ОПК-6.2):

46. Лечебная физкультура - это

лечебный метод

научная дисциплина

медицинская специальность

составная часть реабилитационного процесса

* все перечисленное

47. Общая физическая нагрузка - это

* нагрузка, обязательно включающая в активную деятельность все мышечные группы

нагрузка, частично охватывающая группы мышц, но с напряженной работой

и то, и другое

ни то, ни другое

48. Методические принципы применения физических упражнений у больных основаны на всем перечисленном, кроме

постепенности возрастания физической нагрузки

системности воздействия

регулярности занятий

* применения максимальных физических нагрузок

доступности физических упражнений

49. Задачи лечебной гимнастики при гипертонической болезни в первую половину курса лечения включают

мобилизацию и умеренную тренировку экстракардиальных факторов кровообращения

улучшение функции внешнего дыхания в) улучшение окислительно-восстановительных

процессов, снижения сосудистого тонуса

улучшение психоэмоционального состояния больных

* все перечисленное

50. Клинико-физиологическое обоснование лечебной физкультуры при гипертонической болезни предусматривает

уравновешивание процессов возбуждения и торможения
координацию функции важнейших органов и систем, вовлеченных в патологический процесс

выравнивание состояния тонуса сосудов и повышение сократительной способности миокарда

активизацию противосвертывающей системы крови

* все перечисленное

ОПК-7 (ОПК-7.1; ОПК-7.2):

90. В каких случаях при амбулаторном лечении по прерывистому методу листок нетрудоспособности может быть выдан по решению ВК на дни проведения соответствующего исследования

сложные урологические

сложные гинекологические

сложные проктологические и другие исследования, манипуляции, процедуры

*во всех перечисленных случаях

91. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет листок нетрудоспособности

*выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности

выдается на весь срок временной нетрудоспособности

92. При временной нетрудоспособности лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, работающих на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности

*выдается на общих основаниях

не выдается

93. Гражданам, направленным медицинскими организациями и органами управления здравоохранением на лечение в клиники научно-исследовательских учреждений (института курортологии, физиотерапии и реабилитации, листок нетрудоспособности выдается медицинским работником на основании решения врачебной комиссии

на время лечения

на время лечения и проезда к месту лечения

*на время лечения и проезда к месту лечения и обратно

94. При установлении инвалидности со степенью ограничения способности к трудовой деятельности срок временной нетрудоспособности завершается датой

*непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ

регистрации документов в учреждении МСЭ

95. При отказе гражданина от направления на МСЭ или несвоевременной его явке на МСЭ по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или дня регистрации документов в учреждении МСЭ, сведения об этом

*указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного

не указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

96. При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории РФ, непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению ВК специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания

но не менее чем на 24 календарных дня

*но не более чем на 24 календарных дня

97. При направлении лиц, пострадавших в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдается на

весь период лечения

*весь период лечения и проезда

98. Кто подлежит обязательному социальному страхованию

лицам, работающим по трудовым договорам;

государственным гражданским служащим, муниципальным служащим; лицам, замещающим государственные должности Российской Федерации, государственные должности субъекта Российской Федерации, а также муниципальные должности, замещаемые на постоянной основе;

членам производственного кооператива, принимающим личное трудовое участие в его деятельности;

священнослужителям;

*все перечисленное верно

99. При направлении медицинскими организациями больных туберкулезом по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санатории на лечение при впервые выявленной активной форме туберкулеза в случае, когда санаторное лечение заменяет стационарное лечение листок нетрудоспособности выдается по решению ВК противотуберкулезного диспансера и продлевается ВК специализированного (противотуберкулезного) санатория на весь период

лечения и проезда

долечивания и проезда

*лечения, долечивания и проезда

100. Может ли при необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком выдаваться попеременно разным членам семьи

*да

нет

101. Сколько листков нетрудоспособности по уходу выдается при одновременном заболевании двух детей

*один

два

102. Сколько листков нетрудоспособности по уходу выдается при одновременном заболевании более двух детей

один

*выдается второй листок

103. В каких случаях листок нетрудоспособности по уходу не выдается

за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении

за хроническими больными в период ремиссии

в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы

в период отпуска по беременности и родам
в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет
*во всех перечисленных случаях

104. При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается

лечащим врачом на весь период карантина

*лечащим врачом одному из работающих членов семьи (опекуну) на весь период карантина, установленного на основании решения Правительства РФ или органа исполнительной власти субъекта РФ, органа местного самоуправления

105. Экспертиза трудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является

оценка состояния здоровья пациента

определение сроков и степени нетрудоспособности

установление возможности осуществления профессиональной деятельности (трудовой прогноз)

обеспечение качества и эффективности проводимого лечения

*все вышеперечисленное

106. Задачи экспертизы трудоспособности

научно обоснованное установление утраты трудоспособности при заболевании, травме, а также по другим причинам

правильное оформление документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан

определение сроков нетрудоспособности с учетом медицинского и трудового прогноза

*все вышеперечисленное

ОПК-8 (ОПК-8.1; ОПК-8.2; ОПК-8.3; ОПК-8.4):

107. Первичное звено здравоохранения является ключевым в проведении профилактической работы на:

*(верно) индивидуальном уровне

популяционном уровне

108. Центр мед. профилактики является ключевым в проведении профилактической работы на:

индивидуальном уровне

*(верно) популяционном уровне

109. Направление профилактической деятельности, по которому существует регламентирующий документ Минздрава, разграничивающий полномочия службы медицинской профилактики и госсанэпиднадзора

*(верно) гигиеническое воспитание и образование населения

проведение профосмотров

межсекторальное сотрудничество

110. Действующий приказ Минздрава, регламентирующий деятельность службы медицинской профилактики

○ приказ № 264

○ приказ № 113

● (верно) приказ № 455

○ приказ № 114

111. Основными принципами укрепления здоровья считаются

○ межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества

*(верно) убежденность лиц, принимающих решения, межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
ориентация на граждан, участие местного сообщества.

112. Профилактика первичная – это

комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

комплекс немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

*(верно) комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

113. Профилактика вторичная - это

комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

*(верно) комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

114. Реабилитация направлена на:

*(верно) устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций

устранение заболевания

устранение вредных для здоровья факторов

115. По мнению экспертов ВОЗ для профилактики и укрепления здоровья наиболее перспективно

применение стратегии высокого риска

применение стратегии популяционной (массовой профилактики)

*(верно) Сочетание вышеперечисленных стратегий.

116. От нездорового образа жизни в большей степени зависит риск:

*(верно) Сердечно-сосудистых заболеваний

Травм и несчастных случаев

*(верно) Болезней нервной системы

*(верно) Болезней органов пищеварения

Новообразований

117. Задача ВОЗ по сокращению распространенности неинфекционных болезней предполагает к 2020 году:

*(верно) сокращение показателей смертности, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, у людей до 65 лет в среднем на 40%, особенно в странах, где эти показатели сегодня высоки;

*(верно) сокращение смертности от злокачественных новообразований различной локализации у людей до 65 лет в среднем по крайней мере на 15% и уменьшение смертности вследствие рака легких на 25%;

*(верно) сокращение на одну треть числа ампутаций связанных с диабетом, слепоты, почечной недостаточности, осложнений при родах и других серьезных расстройств;

*(верно) последовательное снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, связанных с хроническими респираторными болезнями, мышечно-скелетными нарушениями и другими распространенными хроническими заболеваниями;

*(верно) отсутствие кариеса по крайней мере у 80% детей в возрасте 6 лет, в то время как среднее число кариозных, отсутствующих или запломбированных зубов у детей 12-летнего возраста должно быть в среднем не более 1

118. Цель Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации заключается в:
снижении показателей смертности общей
снижении показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний - снижение показателей смертности от внешних причин

*(верно) стабилизации показателей здоровья населения РФ.

119. Информационная система о факторах здоровья должна включать:

*(верно) Данные официальной медицинской статистики и данные специальных исследований

Только данные официальной медицинской статистики

Только данные специальных исследований

120. Для комплексной оценки бремени болезни в популяции необходимы показатели официальной медицинской статистики

*(верно) смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность.

летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность

смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность

смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность

смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность

121. Скринирующие исследования направлены на:

*(верно) выявление заболеваний и факторов риска

выявление факторов риска и факторов здоровья

выявление заболеваний на ранних стадиях.

ОПК-9 (ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3):

122. В российской федерации обязанность по хранению медицинской документации возложена на:

страховую компанию

*медицинскую организацию

пациента

территориальный фонд обязательного медицинского страхования

123. Экспертизу стойкой нетрудоспособности осуществляет:

Федеральное медико-биологическое агентство

территориальный фонд ОМС

*бюро медико-социальной экспертизы

министерство здравоохранения

124. При лечении в амбулаторных условиях по прерывистому методу в отдельных случаях (сложные манипуляции, процедуры) листок нетрудоспособности, выдается по решению _____ на дни проведения манипуляций (процедур):

- *врачебной комиссии
- врача-специалиста
- консилиума врачей
- главного врача

125. Если работодатель направил запрос, в котором просит сообщить о причине временной нетрудоспособности его сотрудника, то медицинская организация:

- игнорирует данный запрос
- сообщает работодателю код заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней
- предоставляет информацию в полном объеме
- *не вправе предоставить информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия гражданина

126. Принятие решения о назначении лекарственных препаратов по торговым наименованиям при наличии медицинских показаний является функцией:

- *врачебной комиссии
- консилиума врачей
- заведующего поликлиникой
- лечащего врача

127. Решение консилиума врачей оформляется:

- медицинским заключением
- выпиской из медицинской карты
- записью в медицинской карте больного
- *протоколом

128. Выплата пособий по временной нетрудоспособности производится из средств работодателя и средств:

- *Фонда социального страхования РФ
- Федерального фонда обязательного медицинского страхования
- Фонда занятости
- Пенсионного фонда РФ

ОПК-10 (ПК-10.1; ОПК-10.2):

90. Какое утверждение справедливо относительно возникновения кардиогенного шока в первые 6 часов от момента инфаркта:

- *наилучшие результаты достигаются с помощью ангиопластики
- наилучшие результаты достигаются инфузией жидкости (реополиглюкин, альбумин).
- не достигается ничем из перечисленного
- достигаются поддержанием САД на уровне 90-100 мм.рт.ст. с помощью вазопрессоров

91. Основными синдромами при астматическом статусе являются:

- прогрессирующая дыхательная недостаточность
- нарастающая легочная гипертензия
- тяжелый нейropsychический синдром
- *все перечисленные.

92. Достоверно отличает I ст. астматического статуса от приступа астмы:

*рефрактерность к бета –агонистам
тяжесть экспираторного удушья
выраженный цианоз
неэффективность внутривенного вливания эуфиллина

93. Достоверно указывает на переход астматического статуса из II в III стадию:
прогрессирование одышки
нарастание цианоза
*развитие выраженных психических нарушений
тахикардия с нарушением ритма сердечных сокращений.

94. При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить:
на верхней трети грудины.
на границе верхней и средней трети грудины
на границе средней и нижней трети грудины
*в пятом межреберном промежутке слева

95. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из всех перечисленных приемов, кроме:
обеспечения проходимости дыхательных путей
проведения искусственной вентиляции легких
восстановления кровообращения
*промывания желудка

96. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют все перечисленные признаки, кроме:
сужения зрачков
появления пульса на сонной артерии
уменьшения цианоза кожи
*сухости склер глазных яблок
97. К признакам шока относятся все перечисленные, кроме:
бледности кожных покровов
*гиперемии лица
снижения артериального давления
похолодания кожных покровов

98. При анафилактическом шоке патогенетически НЕ обосновано назначение :
больших доз глюкокортикоидных гормонов
введения адреналина
интубации трахеи для снятия бронхоспазма
*дегидратационной терапии.

ПК-1 (ПК-1.1; ПК-1.2):

99. Первичная профилактика включает:
выявление заболеваний
* мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
улучшение условий труда и отдыха

100. Один из алгоритмов профилактического консультирования:
алгоритм общего профилактического консультирования
одиночный алгоритм профилактического консультирования
* алгоритм группового профилактического консультирования

101. Первичная профилактика включает:

выявление заболеваний

* проведение прививок

повышение материального благосостояния

102. Один из алгоритмов профилактического консультирования:

алгоритм выборочного профилактического консультирования

алгоритм специфического профилактического консультирования

* алгоритмы неотложных мер самопомощи и взаимопомощи при развитии острых жизнеугрожающих состояний

103. Вторичная профилактика включает:

мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний

* мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний

проведение прививок

104. Профилактика является одним из основных направлений медицины и включает в себя мероприятия:

* государственного характера

частичного характера

весомого характера

105. К методам и средствам первичной профилактики следует отнести все перечисленные, кроме:

оздоровления окружающей среды

* профилактической госпитализации

вакцинации

106. Профилактика является одним из основных направлений медицины и включает в себя мероприятия:

социально-патриотического характера

общественно-трудового характера

* социально-экономического характера

107. Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения:

острых заболеваний

* хронических заболеваний

несчастных случаев

108. Важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни:

убеждающие мероприятия

мероприятия, не направленные на вред пациентов

* профилактические мероприятия

109. Одно из основных направлений профилактики:

социумная

* общественная

Общая

110. Вопросы предупреждения болезней на основе соблюдения правила ... занимали значительное место в медицине древнего мира:

- * личной гигиены
- частичной гигиены
- полноценного обследования

111. Одно из основных направлений профилактики:

- личностная
- частная
- * индивидуальная

112. Вопросы предупреждения болезней на основе соблюдения правила ... занимали значительное место в медицине древнего мира:

- * рациональной диететики
- иррациональной диететики
- рациональной гигиены

113. Одно из основных направлений профилактики:

- одиочная
- * групповая
- разовая

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

114. Синдром Фредерика это:

- брадисистолический вариант фибрилляции предсердий
- потеря сознания на фоне брадикардии
- * сочетание фибрилляции предсердий и полной АВ блокады
- сочетание фибрилляции предсердий и дополнительных путей проведения (синдром WPW)
- частый переход фибрилляции предсердий в трепетание предсердий

115. При развитии отека легких у больного с тахиформой фибрилляции предсердий с частотой сердечных сокращений до 180 в минуту, показано:

- введение дигоксина
- введение кордарона
- * проведение электроимпульсной терапии
- введение верапамила
- введение лидокаина

116. К факторам риска тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий не относится:

- женский пол
- возраст старше 75 лет
- * курение
- заболевания сосудов
- сердечная недостаточность

117. Повышение содержания в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП И ЛПОНП Характерно для следующего типа гиперлипидемии:

- I
- IIA
- * IIВ
- III

IV

118. Морфологическим субстратом стенокардии является:

- тромбоэмболия легочной артерии
- атеросклероз сосудов нижних конечностей
- атеросклероз сосудов верхних конечностей
- тромботическая окклюзия коронарной артерии
- *атеросклеротическое сужение коронарной артерии

119. Сочетание хлопающего первого тона на верхушке сердца, акцента и расщепления II тона на легочной артерии характеризует:

- аортальную недостаточность
- миокардит
- дефект межжелудочковой перегородки
- *митральный стеноз
- аортальный стеноз

120. В норме площадь митрального отверстия составляет:

- 2-4 см²
- *4-6 см²
- 1-2 см²
- 6-8 см²
- 8 см²

121. В молодом возрасте наиболее частая причина сердечной недостаточности это:

- нейроциркуляторная дистония
- *ревматические пороки сердца
- постинфарктный кардиосклероз
- пролапс митрального клапана
- инфекционный эндокардит

122. Наиболее частая причина сердечной недостаточности в пожилом возрасте:

- миокардит
- инфекционный эндокардит
- алкогольная кардиодистрофия
- *гипертоническая болезнь
- опухоли сердца

123. Для подтверждения диагноза коарктации аорты необходимо провести:

- *рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ
- КТ грудной клетки
- коронарография
- УЗИ органов брюшной полости

124. Причины вазоренальной гипертензии:

- *атеросклероз почечных артерий
- первично сморщенная почка
- тяжелый сахарный диабет
- васкулит

125. К наиболее информативным методам диагностики центрального (бронхогенного) рака легкого относится:

*бронхоскопия с биопсией
бронхография
рентгенография
исследования мокроты на атипичные клетки
КТ органов грудной полости

126. О нарушении бронхиального дренажа при остром абсцессе легкого свидетельствует:
увеличение количества мокроты
на рентгенограмме увеличение полости абсцесса
*ателектаз легкого и уровень жидкости в полости абсцесса
на рентгенограмме уменьшение полости абсцесса
уменьшение количества мокроты

127. Решающее значение в диагностике бронхоэктатической болезни принадлежит:
клинико-anamnestическим данным
бронхоскопии
*МСКТ органов грудной клетки
ультразвуковому исследованию
торакографии

128. Симптом матового стекла это:
усиление легочного рисунка
*туманное снижение прозрачности лёгочной ткани с дифференцируемым рисунком сосудов и бронхов
мелкие, похожие на кисты, гладкостенные полости
локальное снижение воздушности (затемнение) легочной ткани различной степени распространенности и плотности
повышение прозрачности лёгочной ткани с усиленным рисунком сосудов и бронхов

129. Диагностика острого абсцесса легкого основывается:
на клинических признаках (выделение с кашлем большого количества гнойной мокроты и др.)
на результатах лабораторного исследования мокроты (мокрота с обильной гноеродной микрофлорой)
*на клинико-рентгенологических признаках

130. Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите:
тазобедренные суставы
*проксимальные межфаланговые суставы
первый пястно-запястный сустав
дистальные межфаланговые суставы
плечевые суставы

131. Область наиболее частой локализации ревматоидных узелков:
сгибательная поверхность дистальных межфаланговых суставов
волосистая часть головы
разгибательная поверхность проксимальных межфаланговых суставов
*разгибательная поверхность локтевой кости вблизи локтевого сустава
ушные раковины

132. Какие суставы не поражаются при РА:
грудного и поясничного отделов позвоночника

проксимальные межфаланговые суставы мизинца
илеосакральные сочленения
плюснефаланговые суставы
*дистальные межфаланговые суставы

133. Типичные боли механического ритма при остеоартрозе:
не стихают в покое
усиливаются после нагрузки
*уменьшаются после нагрузки
возникают во вторую половину ночи
купируются только приемом ГКС

134. Наиболее яркая клиническая картина синовита с частыми обострениями наблюдается при остеоартрозе:
тазобедренного сустава
дистальных межфаланговых суставов кистей
I плюснефалангового сустава
*коленного сустава
проксимальных межфаланговых суставов

135. При СКВ справедливо утверждение:
*наиболее тяжелый прогноз при развитии гломерулонефрита
при неэффективности цитостатиков назначают кортикостероиды
в развитии заболевания не имеет значение семейно-генетическая предрасположенность
при активности не характерно снижение титра комплемента
дебют заболевания может проявляться только поражением кожи

136. Какие факторы не могут спровоцировать развитие и обострение СКВ:
гидралазин
беременность
инсоляция
переохлаждение
*большое количество употребления поваренной соли

137. Для лекарственной красной волчанки характерно:
артрит
гломерулонефрит
плевроперикардит
церебральный васкулит
*отсутствие антинуклеарных антител.

138. При склеродермии наиболее часто повреждаются следующие отделы желудочно-кишечного тракта:
*пищевод
желудок
12-перстная кишка
тонкая кишка
толстая кишка.

139. В каком возрасте чаще выявляется ССД?
10-20 лет
30-50 лет

50-71 лет
*40-60 лет
15-20 лет

140. К клиническому проявлению узелкового полиартериита не относится:

*гипотония
похудание
сетчатое ливедо
миалгии
двигательные полиневриты

141. Классификационные критерии пурпуры Шенлейна-Геноха:

*пальпируемая пурпура (слегка возвышающиеся геморрагические кожные изменения, не связанные с тромбоцитопенией);
возраст старше 40 лет в начале болезни
ускоренное СОЭ
эозинофилия
легочные инфильтраты

142. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике:

микронодулярного цирроза печени
гепатита
*очагового поражения печени
макронодулярного цирроза печени
застойного фиброза печени

143. Основной лучевой метод исследования пищеварительного тракта:

*рентгенологический
КТ
УЗД
радионуклидный
термодиагностики

144. Лабораторными признаками синдрома цитолиза гепатоцитов считаются:

повышение уровня холестерина
*повышение уровня АЛТ, АСТ
снижение альбуминов крови
повышение уровня протромбина
снижение содержания прямого билирубина

145. Заболевания, при которых резко повышается щелочная фосфатаза и гаммаглутаминтранспептидаза:

гемолитическая желтуха
*билиарный цирроз печени
гемохроматоз
болезнь Вильсона
хронический панкреатит

146. Ступенчатые и мостовидные некрозы печени встречаются при:

гемохроматозе
желчнокаменная болезни
жировая дистрофия печени

*аутоиммунный гепатит
микронодулярный цирроз печени

ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2):

147. Поддерживающая доза клопидогреля составляет:

*75 мг в сутки
150 мг в сутки
300 мг в сутки
450 мг в сутки
600 мг в сутки

148. Поддерживающая доза аспирина составляет:

*75-100 мг в сутки
150-250 мг в сутки
250-325 мг в сутки
500 мг в сутки
325-700 мг в сутки

149. Оценить эффективность бета-блокаторов можно при достижении ЧСС:

70 ударов в минуту
*55-60 ударов в минуту
80 ударов в минуту
90 ударов в минуту
оценивают не по ЧСС, а по уровню АД

150. Целевыми уровнями холестерина у больных ИБС является:

ЛПНП <2,5 ммоль /л
ЛПНП <3,0 ммоль /л
* ЛПНП <1,4 ммоль /л
общий холестерин <4,5 ммоль /л
триглицериды <2,5 ммоль /л

151. Больным со стабильной стенокардией напряжения статины назначаются:

только при превышении целевых уровней холестерина
только после недостаточного снижения холестерина с помощью немедикаментозных методов (диеты)

*с первых дней по факту постановки диагноза, независимо от исходного уровня холестерина на неопределенно долго
назначаются короткими курсами от 3 до 6 месяцев
только при невозможности соблюдать диету

152. Лучшим профилактическим антиангинальным эффектом у больных с вазоспастической стенокардией обладают:

бета-блокаторы
триметазидин
аспирин
*антагонисты кальция пролонгированного действия
пролонгированные нитраты

153. Больным с ОКС после стентирования коронарных артерий показано:

длительный прием аспирина в дозе 160-325 мг
двойная антиагрегантная терапия (аспирин+клопидогрель) в течение 1 месяца

*двойная антиагрегантная терапия (аспирин+клопидогрель) в течение 12 месяцев
прием варфарина под контролем МНО
антиагрегантная терапия не показана

154. На современном этапе ведущая группа препаратов, применяемых в лечении сердечной недостаточности это:

антагонисты кальция
мочегонные
сердечные гликозиды
*ингибиторы АПФ
бета - блокаторы

155. Для профилактики пароксизмов фибрилляции предсердий у больных с органическим поражением сердца рекомендуется использовать:

*амиодарон
дигоксин
этацизин
пропафенон
панангин

156. Видом хирургического лечения фибрилляции предсердий является:

аорто-коронарное шунтирование
стентирование коронарных артерий
имплантация кардиовертера-дефибриллятора
*радиочастотная абляция устьев легочных вен
ресинхронизирующая терапия (имплантация CRT)

157. Тиазидный диуретик для лечения АГ:

фуросемид
*гипотиазид
верошпирон
лазикс
диакарб

158. Некардиоселективный бета-адреноблокатор:

небивалол
метопролол
конкор
*пропранолол
эналаприл

159. Два пути элиминации из организма имеет:

энап
фозиноприл
квинаприл
*периндоприл
квадроприл

160. Противопоказан при бронхиальной астме:

допегит
*анаприлин
омепрозол

гипотиазид
эналаприл

161. При подозрении на ТЭЛА необходимо немедленно назначить:
антагонисты кальция
нитраты пролонгированного действия
тромболитические средства
* гепарин
антибиотики

162. Оперативное лечение хронического абсцесса выполняется:
*в период ремиссии
в период обострения
летний период
период не имеет значения
зимний период

163. Показания к трансплантации легких при идиопатическом легочном фиброзе:
*снижение диффузионной способности легких менее 30%
ЖЕЛ или ФЖЕЛ 80% - 60%
гипокапния при физической нагрузке
повышение диффузионной способности легких более 30%
диспноэ - II класс по NYHA

164. Лечение обострения бронхоэктатической болезни обязательно включает:
*антибактериальную терапию
дезантиагрегационную терапию
иммуносупрессивную терапию
противовирусную терапию
противосудорожную терапию

165. Наиболее частые осложнения со стороны ЖКТ при длительном использовании НПВП:
не бывает осложнений со стороны ЖКТ при использовании НПВП
*НПВП-гастропатии
желтуха
диарея
ЖКБ

166. Лечение анкилозирующего спондилита центральной формы включает в себя:
*назначение НПВП в различных лекарственных формах
сульфасалазин
аллопуринол
хондропротекторы
глюкокортикостероиды внутрь

167. Какими средствами подавляется коллагенообразование при ССД:
делагил
азатиоприн
преднизолон
*пеницилламин
трентал.

168. В лечении дерматомиозита основное значение имеет:

*преднизолон в высоких дозах

преднизолон в средних дозах

антиревматические противовоспалительные нестероидные препараты

циклофосфан

плазмаферез

169. При лечении системной склеродермии наиболее целесообразно назначить:

преднизолон в высоких дозах

*D-пеницилламин в средних и больших дозах

цитостатики

НПВП

метотрексат

170. Терапия необходимая при обострении аутоиммунного гепатита:

*глюкокортикоиды

делагил и карсил

интерферон и липоевая кислота

гемосорбция

азатиоприн

171. Основное лечение гепатита С:

плазмаферез

*интерферон, аналоги нуклеотидов

глюкокортикоиды

цитостатики

гепатопротекторы

172. Критерии оценки эффективности противовирусной терапии интерфероном у больных с хроническими гепатитами вирусной этиологии:

клиническая картина

динамика уровня АСТ

уровень тромбоцитов

*динамика значений титров

полимеразной цепной реакции

данные УЗИ органов брюшной полости

173. Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом вирусном гепатите:

репликация

интеграция

нормальный уровень сывороточных трансаминаз

увеличение сывороточных трансаминаз

*внепеченочные проявления с выраженным аутоиммунным компонентом

174. Стандарт стартового лечения хронического гепатита В:

*монотерапия нуклеозидными аналогами (зэффикс, телбивудин, энтековир)

монотерапия IFN-альфа

комбинированное лечение нуклеозидными аналогами в сочетании с IFN-альфа

гепатопротекторы

глюкокортикостероиды

175. Наиболее популярной хирургической методикой при ГЭРБ и ГПОД является:

резекция по Бильрот I
резекция по Бильрот II
*фундопликация по Ниссену
герниопластика по Трабукко
герниопластика по Лихтенштейну

176. В основе современных хирургических методик при ГЭРБ является:

резекция н/3 пищевода
стентирование пищевода
бужирование пищевода
*наложение «манжетки» из дна желудка на н/3 пищевода
баллонная дилатация н/3 пищевода

ПК-5 (ПК-5.1; ПК-5.2; ПК-5.3):

182. Врачебная комиссия медицинской организации продлевает листок нетрудоспособности, если пациент уже имеет листок нетрудоспособности, выданный единолично лечащим врачом, сроком на

10 дней
*15 дней
21 день
28 дней

183. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают:

*все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих

все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих

все случаи заболеваемости, по которым выдан листок нетрудоспособности

все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности

наличие инфекционного заболевания

184. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

лечащие врачи медицинских организаций

лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институты

фельдшеры, зубные врачи медицинских организаций

работники со средним медицинским образованием

*работники скорой медицинской помощи, приемных отделений больничных учреждений

185. На какой срок медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности единовременно и единолично продлевает его при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений или иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности:

выдает на срок до 5 календарных дней и продлевает на срок до 10 календарных дней

*выдает на срок до 10 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней

выдает на срок до 3 календарных дней и продлевает на срок до 5 календарных дней

выдает на срок до 7 календарных дней и продлевает на срок до 14 календарных дней

выдает на срок до 30 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней

186. При продолжении временной нетрудоспособности гражданина, выписанного после стационарного лечения, листок временной нетрудоспособности может быть продлен на срок до:

3 дней

5 дней

*10 дней

14 дней
31 дней

182. Листок временной нетрудоспособности не выдается:

*проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
застрахованным лицам, являющимся гражданами Российской Федерации постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации
иностранным гражданам
лицам, работающим по трудовым договорам
священнослужителям

183. Справка произвольной формы выдается:

при бытовой травме
при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью
*трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование вследствие злоупотребления алкоголем

184. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:

листок временной нетрудоспособности
*случай временной нетрудоспособности
первичное заболевание
впервые выявленное в данном году заболевание
справка о временной нетрудоспособности

3.2.2.2 Тестовые задания к экзамену (2 курс)

УК-1 (УК-1.1; УК-1.2; УК-1.3):

185. Выберите один правильный ответ. Какие средства используются для лечения функциональной диспепсии:

*прокинетики и ингибиторы протонной помпы.
Ферментные препараты и ингибиторы протонной помпы.
прокинетики и ферментные препараты.
все перечисленное

186. Выберите один правильный ответ. Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет:

руководители ЛПУ и поликлиник
лечащий врач самостоятельно
лечащий врач с утверждения зав. отделением
* лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ

187. Выберите один правильный ответ. Работавшему инвалиду III группы в связи с присоединившимся заболеванием или обострением того, которое явилось причиной инвалидности, больничный лист может быть выдан:

на 1 месяц
на 2 месяца
на 3 месяца
* на срок, определяемый в зависимости от прогноза

188. Выберите один правильный ответ. К ограничениям в работе, влекущим за собой установление группы инвалидности, относятся:

- освобождение от дополнительных нагрузок и ночных смен
- освобождение от поднятия больших тяжестей
- освобождение от командировок
- * выполнение работы с неполным рабочим днем

189. Выберите один правильный ответ. Гражданам, не имеющим хронических неинфекционных заболеваний, но требующим установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, по поводу иных заболеваний (состояний), а также гражданам с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающимся в дополнительном обследовании устанавливается

- I группа состояния здоровья
- II группа состояния здоровья
- IIIa группа состояния здоровья
- * IIIб группа состояния здоровья

190. Выберите один правильный ответ. Недостаточное потребление фруктов и овощей как признак нерационального питания имеет следующую характеристику:

- менее 300 граммов или менее 3-5 порций в сутки
- менее 350 граммов или менее 2-4 порций в сутки
- * менее 400 граммов или менее 4-6 порций в сутки
- менее 600 граммов или менее 3-6 порций в сутки

191. Выберите один правильный ответ. Целью первого этапа диспансеризации НЕ является:

- выявление у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)
- выявление у граждан факторов риска ХНИЗ
- * направление граждан на санаторно-курортное лечение
- определение медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований на

втором этапе

УК-3 (УК-3.1; УК-3.2; УК-3.3):

217. Рассмотрение обращений граждан, связанных с оказанием медицинской помощи в медицинской организации, является функцией

- * врачебной комиссии
- заведующего соответствующим подразделением
- главного врача
- заместителя главного врача по медицинской части

218. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности формируется и продлевается на срок не более _____ месяцев с даты начала временной нетрудоспособности

- *4
- 5
- 7
- 6

219. Принятие решения о назначении лекарственных препаратов по торговым наименованиям при наличии медицинских показаний является функцией

- консилиума врачей
- * врачебной комиссии
- заведующего поликлиникой

лечащего врача

220. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который _____ формирует (выдает) гражданам листки нетрудоспособности сроком до пятнадцати календарных дней включительно

по согласованию с заведующим отделением

по решению врачебной комиссии

с учетом пожеланий пациента

*Единолично

221. В основе медицинской этики и деонтологии лежат правила и нормы взаимодействия медицинского работника с

представителями общества защиты прав потребителей

*коллегами, пациентом и его родственниками

членами своей семьи

участниками Всероссийского общественного движения «За права человека»

222. Организацию обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров поручают

кожно-венерологическим диспансерам

центрам госсанэпиднадзора

территориальным поликлиникам

*руководителям предприятий

223. Иностранным гражданам, работающим по трудовому договору в организациях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности

не выдается никакой документ

*формируется (выдается) листок нетрудоспособности

выдается справка произвольной формы

выдается справка установленного образца

224. Пособие по временной нетрудоспособности назначается, если обращение за ним последовало не позднее _____ месяцев со дня восстановления трудоспособности

12

16

*6

7

225. Полис обязательного медицинского страхования имеет силу только на территории того субъекта Российской Федерации, где выдан страховой полис только на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет дипломатические отношения

только на территории того субъекта Российской Федерации, где проживает застрахованный

*на всей территории Российской Федерации

226. При внезапных острых заболеваниях, представляющих угрозу жизни пациента, медицинская помощь должна быть оказана в _____ форме

срочной

*экстренной

неотложной

плановой

227. После обучения по программам профессиональной переподготовки медицинские работники должны пройти
периодическую аккредитацию
аттестацию
* первичную специализированную аккредитацию
первичную аккредитацию

УК-5 (УК-5.1; УК-5.2; УК-5.3):

228. Одной из ведущих стран на рынке информационных ресурсов и услуг в настоящее время является:

- * США
- ЮАР
- Перу

229. Одной из ведущих стран на рынке информационных ресурсов и услуг в настоящее время является:

- Молдова
- Боливия
- * Япония

230. Одной из ведущих стран на рынке информационных ресурсов и услуг в настоящее время является:

- * Германия
- Монголия
- ОАЭ

231. Важнейшим компонентом отечественного рынка информационных услуг являются данные:

- о гражданах
- * об информационном оборудовании
- об экологии

232. Важнейшим компонентом отечественного рынка информационных услуг являются данные:

- о космосе
- об обществе
- * компьютерах и компьютерных сетях

233. Важнейшим компонентом отечественного рынка информационных услуг являются данные:

- об экологии
- * о соответствующих технологиях
- о космосе

234. Человек, получивший доступ к ..., попадает в мир практически неограниченных информационных ресурсов:

- журналам
- газете
- * интернету

235. Организованный социально-экономический и научно-технический процесс создания оптимальных условий для удовлетворения информационных потребностей и реализации прав граждан, органов государственной власти и прочее:

глобализация общества

* информатизация общества

обучение общества

236. Организационно упорядоченная совокупность документов, информационных технологий:

* информационная система

информационный вакуум

информационное пространство

237. Базовой технической составляющей процесса информатизации общества является:

подготовка

* компьютеризация

нет верного ответа

238. В информационной технологии в качестве исходного материала выступает:

* информация

общество

гражданин

239. Негативные аспекты информационных технологий необходимо учитывать при решении задач:

глобализации

* информатизации

любой сложности

ОПК-4 (ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4):

240. Выберите один правильный ответ. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

рвота желчью

урчание в животе и резонанс под пространством Траубе

видимая перистальтика

* шум плеска через 3-4 часа после приема пищи.

241. Выберите один правильный ответ. Множественные язвы в ЖКТ, гиперацидное состояние, боли в эпигастрии связаны:

с синдромом Дубина–Джонсона

* с синдромом Золлингера–Эллисона

с изъязвлением рака желудка

с язвами угла желудка

217. Выберите один правильный ответ. В диагностике холестатического синдрома имеют значение все перечисленные показатели, кроме:

повышения щелочной фосфатазы крови

повышения прямого билирубина крови

повышения g-глутамилтранспептидазы

* повышения непрямого билирубина крови

218. Выберите один правильный ответ. Ожирение при болезни Иценко-Кушинга характеризуется:

- *избирательной локализацией на верхней половине туловища и лице
- избирательной локализацией в области бедер и таза
- избирательной локализацией в брюшной полости
- равномерным распределением жировой ткани по всему телу

219. Выберите один правильный ответ. Глюкозотолерантный тест проводится с применением:

- 50 г глюкозы
- 25 г глюкозы
- *75 г глюкозы
- 60 г глюкозы

220. Выберите один правильный ответ. Причиной развития дефицита железа не является:

- повышенная потеря крови
- повышенный расход железа в период беременности
- нарушение всасывания железа при хроническом энтерите
- *атрофический гастрит дна желудка

221. Выберите один правильный ответ. Белок Бесн-Джонса обнаруживается в моче при:

- лимфолейкозе
- Лимфогрануломатозе
- *миеломной болезни
- лимфобластной лимфоме.

ОПК-5 (ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3):

222. Выберите один правильный ответ. При обнаружении хеликобактер пилори рекомендуется назначить:

- ИПП + амоксициллин + кларитромицин
- ИПП + амоксициллин + кларитромицин + де-нол
- ИПП + амоксициллин + левофлоксацин
- *верно все перечисленное.

223. Выберите один правильный ответ. Терапия гелем алюминия нередко вызывает:

- Гиперкальциемию
- Гипокальциемию
- Гиперфосфатемию
- *гипофосфатемию

224. Выберите один правильный ответ. В профилактике рецидивов язвенного колита достоверное значение имеет:

- щадящая диета
- * месалазин в дозе до 2 г в сутки
- ограничение физической нагрузки
- седативные средства

225. Выберите один правильный ответ. Принципы медикаментозного лечения хр. панкреатита в фазе обострения включают:

- купирование болей, торможение секреции, снятие спазма протоков, инактивацию панкреатических ферментов
- применение антацидов и антисекреторных средств

устранение кишечного дисбиоза, нормализацию электролитных расстройств и дезинтоксикационную терапию
* все перечисленное

226. Выберите один правильный ответ. Ингибитором ДПП-4 являются все перечисленные препараты, кроме:

- Вилдаглиптин
- Саксаглиптин
- Ситаглиптин
- * глибенкламид.

227. Выберите один правильный ответ. К комбинированным сахаропонижающим препаратам НЕ относится:

- комбоглиз пролонг
- галвусмет
- янумет
- * диабетон МВ

228. Выберите один правильный ответ. Ингибитором НГЛТ-2 является сахаропонижающий препарат:

- * форсига
- Галвус
- Тресиба
- Виктоза

229. Выберите один правильный ответ. Медикаментозное лечение хронического атрофического гастрита включает:

- вяжущие и обволакивающие средства
- ингибиторы протонного насоса и гастропротекторы
- витамин В12
- * все перечисленное

ОПК-6 (ОПК-6.1; ОПК-6.2):

241. Проблемы пациента при ожирении

- * избыточная масса тела, одышка
- зябкость, запоры
- жажда, кожный зуд
- сердцебиение, дрожание

242. При ожирении медсестра рекомендует пациенту диету

- вариант с пониженным содержанием белка
- * вариант с пониженной калорийностью
- основной вариант стандартной
- вариант с повышенным содержанием белка

243. Клинические симптомы ожирения

- * гипертензия, одышка
- изжога, отрыжка
- желтуха, гепатомегалия
- отеки, макрогематурия

244. При проведении разгрузочных дней пациенту с ожирением медсестра рекомендует

апельсины
виноград
картофель
* яблоки

245. Отсутствие аппетита называется

* анорексией
булимией
полифагией
полидипсией

246. Для профилактики запоров у пациента с ожирением медсестра рекомендует продукты, богатые

белками
витаминами
жирами
* клетчаткой

247. Профилактика ожирения

закаливание
отказ от курения
санация очагов хронической инфекции
* рациональное питание

248. Основные причины развития тиреотоксикоза

* психическая травма, инфекции
голодание, гиповитаминозы
переедание, злоупотребление алкоголем
курение, переохлаждение

249. Симптомы диффузного токсического зоба

снижение памяти, забывчивость
снижение интереса к жизни, апатия
* сердцебиение, похудание
головная боль, повышение массы тела

250. При диагностике заболеваний щитовидной железы важное значение имеет определение в крови

лейкоцитов, СОЭ
гемоглобина, цветового показателя
* гормонов Т3, Т4, ТТГ
инсулина, глюкогона

251. Жалоба при гипотиреозе

раздражительность
чувство жара
бессоница
* сонливость

241. Показания к назначению ЛФК при заболеваниях органов пищеварения включают все перечисленное, кроме
хронических гастритов и язвенной болезни желудка

хронических колитов
спланхноптоза
хронического холецистита и дискинезии желчевыводящих путей
* панкреатита

242. Физические упражнения, применяемые при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки включают
дыхательные упражнения (грудное дыхание)
упражнения для мышц рук и ног
упражнения с выраженным усилием мышц живота
бег на месте
* правильно а) и б)

ОПК-7 (ОПК-7.1; ОПК-7.2):

286. Основные принципы экспертизы нетрудоспособности
общедоступность
коллегиальность
профилактический подход
* все перечисленное

287. Временная утрата трудоспособности это
состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность
* состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер
состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер

288. Стойкая утрата трудоспособности это
состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность
состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер
* состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер

289. Осуществлять экспертизу трудоспособности имеют право следующие учреждения здравоохранения
только государственные (муниципальные)
ЛПУ с любой формой собственности
ЛПУ любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности
* любое ЛПУ, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы временной нетрудоспособности

290. При каком условии в учреждении здравоохранения создается ВК
при наличии поликлиники (поликлинического отделения)
при наличии 20 и более врачебных должностей
* по приказу руководителя учреждения, если имеется лицензия на проведение экспертизы трудоспособности

291. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается
с 1-го дня нетрудоспособности
с 3-го дня нетрудоспособности
с 6-го дня нетрудоспособности

с 10-го дня нетрудоспособности

*со дня окончания отпуска

292. В каком случае в городской больнице (поликлинике) устанавливается должность заместителя главного врача по ЭВН

*при наличии поликлиники (поликлинического отделения)

при наличии 30 и более врачебных должностей

при наличии 20 и более врачебных должностей амбулаторного приема

при наличии 25 и более врачебных должностей амбулаторного приема

293. Кому непосредственно подчиняется заместитель главного врача многопрофильной больницы по ЭВН

*главному врачу

заместителю главного врача больницы по медицинскому обслуживанию населения

заместителю главного врача больницы по организационно – методической работе

заместителю главного врача больницы по лечебной работе

заместителю главного врача больницы по поликлиническому разделу работы

294. Как часто заместитель главного врача по ЭВН обязан проводить врачебные конференции по вопросам состояния заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности

ежемесячно

*не реже 1 раза в квартал

не реже 1 раза в полугодие

ежегодно

295. На кого возлагается ответственность за всю постановку работы по экспертизе трудоспособности, выдаче, хранению и учету листков нетрудоспособности

*на главного врача

на главного врача и главную (старшую) медсестру

на заместителя главного врача по ЭВН (при отсутствии – на главного врач

296. Какой статистический показатель наиболее точно характеризует заболеваемость с временной утратой трудоспособности

*число случаев ЗВУТ на 100 работающих

число календарных дней ЗВУТ на 100 работающих

средняя длительность одного случая ЗВУТ

процент нетрудоспособности

индекс здоровья работающих

297. В каком случае листок нетрудоспособности выдается за все время пребывания в санатории

во всех случаях направления больного в санаторий

*при санаторном лечении больных туберкулезом легких

при направлении на долечивание в санаторий после стационарного лечения перенесших инфаркт миокарда

298. На какой день пребывания больного в стационаре ему должен быть выдан листок нетрудоспособности и кем подписан

в любой день пребывания в стационаре, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением

в любой день пребывания в стационаре, подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и главным врачом

*при выписке больного из стационара, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением

ОПК-8 (ОПК-8.1; ОПК-8.2; ОПК-8.3; ОПК-8.4):

299.Рекомендация ВОЗ о развития системы мониторинга факторов риска в странах основана на принципе:

комплексной оценки здоровья

* от простого к сложному

оценки ресурсов здоровья

оценки индексов здоровья

300.По прогнозам экспертов ВОЗ к 2020 году основной урон (число потерянных лет трудоспособности) вследствие неинфекционных заболеваний составит:

50%

80%

* 60%

301.По определению ВОЗ к основным НИЗ относят:

* Болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

Болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства

Болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

302.Снижение смертности от НИЗ в западных странах связывают:

* со снижением распространенности поведенческих ФР среди населения

* со снижением частоты возникновения новых случаев НИЗ

* со снижением смертности от БСК

303.При выборе стратегии индивидуальной профилактики необходимо руководствоваться уровнями отдельных факторов риска - возрастом

географическими условиями и характеристиками окружающей среды

* суммарным риском

наличием необходимого оборудования

304.Интегральные стратегии профилактики должны включать:

* разработку законодательства;

* просвещение населения

* поддержку активности населения;

* доступ к информации и содействие ее распространению;

* наличие и доступность профилактической помощи;

* межсекторальное взаимодействие.

305.Принципы индивидуальной профилактики, которые учитываются при формировании эффективных мер по профилактике и укреплению здоровья на примере мер по повышению физической активности

уверенность индивидуума в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

* уверенность индивидуума в возможностях заниматься физической активностью, в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в пользе от занятий.

306. Факторы, наряду с традиционными факторами риска, оказавшие существенное влияние на рост смертности от БСК в России

Психосоциальные факторы, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

Психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения,

* Психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

Экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

307. Распространенность артериальной гипертонии среди взрослого населения России по данным эпидемиологических обследований составляет

20%

55%

50%

* 40%

308. Методы выявления основных ИБС при скринингах (массовых профилактических обследованиях) относятся к

высоким технологиям

* простейшим и нетрудозатратным

сложным инструментальным

309. К научно доказанным эффективным мерам немедикаментозного лечения (профилактики) артериальной гипертонии относятся:

* Диетическая коррекция избыточной массы тела, дислиппротеидемии, водно-солевого обмена.

* Оптимизация двигательной активности: быстрая ходьба и/или бег, плавание; включение физической активности в часы досуга и повседневную деятельность.

* Отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем).

* Нормализация режима дня, рациональное распределение свободного времени.

* Рациональная психотерапия, самосовершенствование, аутотренинг, развитие устойчивости к стрессовым ситуациям.

310. В экспериментальных профилактических программах показано, что влияние многофакторных профилактических мер на уровень смертности у больных (вторичная профилактика) проявляется на

первом году программы

пятом году программы

* третьем году программы

311. В экспериментальных профилактических программах показано, что влияние многофакторных профилактических мер на уровень смертности у лиц без заболеваний, но с факторами риска проявляется на

первом году программы

* пятом году программы

третьем году программы

312. К уровням восстановления (эффективности) реабилитации после инсульта относятся:

Компенсация и реадaptация

Истинное восстановление и реадaptация

* Истинное восстановление, компенсация, реадaptация

313. В ожидаемых результатах Федеральной целевой программы профилактики артериальной гипертензии предполагаемое снижение заболеваемости ЦВБ составляет:

10-12%

*13-18%

18-20%

ОПК-9 (ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-9.3):

314. Периодичность продления листка нетрудоспособности врачебной комиссией составляет не реже чем через ___ календарных дней:

25

30

*15

20

315. Решение врачебной комиссии оформляется:

медицинским заключением

*протоколом

записью в медицинской карте больного

выпиской из медицинской карты

316. Сроки проведения консультаций врачей-специалистов со дня обращения пациента в медицинскую организацию не должны превышать ___ календарных дней:

10

*14

5

3

317. Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет на:

подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов

участие в научно-практических конференциях

*предоставление пациенту недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых лекарственных препаратах

участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций

318. Одним из основных критериев, влияющих на снижение рейтинга медицинской организации, является рост:

*количества обоснованных жалоб

пролеченных больных

впервые выявленных заболеваний

заболеваемости с временной утратой трудоспособности

319. Обмен данными между медицинскими организациями в электронном виде обеспечивает:

электронное Правительство

федеральный регистр медицинских работников

портал государственных услуг

*единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)

320. Медицинская помощь больному по месту вызова бригады скорой медицинской помощи оказывается в условиях:

*вне медицинской организации
стационарных
амбулаторных
дневного стационара

321. Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов является функцией:

консилиума врачей
заведующего соответствующим подразделением
заместителя главного врача по медицинской части
*врачебной комиссии

ОПК-10 (ОПК-10.1; ОПК-10.2):

322. При каких из перечисленных ниже состояний развивается гиперкальциемический криз?

При гипотиреозе.
*При гиперпаратиреозе.
При гипопаратиреозе.
*При остеолитических метастазах опухолей.
*При интоксикации витамином D.

323. Перечислите провоцирующие факторы гиперкальциемического криза:

*Беременность.
Недостаток в рационе продуктов, богатых кальцием.
Длительная иммобилизация.
Гипогликемия.
Обезвоживание.

324. Какие лекарственные препараты могут провоцировать развитие гиперкальциемического криза у больного с гиперпаратиреозом?

*Антациды.
Инсулин.
Глюкокортикоиды.
Мерказолил.
*Препараты витамина D3.

325. Перечислите основные клинические признаки гиперкальциемического криза:

*Боли в животе.
*Полидипсия, полиурия.
Возбуждение.
*Сонливость.
Повышение массы тела.

326. Какие изменения в биохимическом анализе крови отмечаются при гиперкальциемическом кризе у больного с гиперпаратиреозом?

Гиперкальциемия и гипогликемия.
Гипогликемия и гиперфосфатемия.
Гиперфосфатемия и гипокалиемия.

Гипокалиемия и гипофосфатемия.

*Гипофосфатемия и гиперкальциемия.

327. Основные клинические проявления тиреотоксического криза:

сухость кожных покровов, запоры;

зябкость, снижение артериального давления;

* учащенное сердцебиение, аритмии, повышение температуры до 40-41С, возбуждение; брадикардия, снижение артериального давления;

328. Лечебная тактика при тиреотоксическом кризе:

* назначение тиреостатических препаратов и глюкокортикоидов;

Регидратация и инсулинотерапия;

назначение петлевых диуретиков

внутривенное введение левотироксина натрия.

286. Выберите один правильный ответ. Олигурия (анурия) может иметь место при:

остром гломерулонефрите

острой почечной недостаточности

хронической почечной недостаточности

*всех указанных состояниях

287. Выберите один правильный ответ. Гипогликемическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме:

сознание утрачено

зрачки расширены

*запах ацетона изо рта

кожа влажная.

288. Выберите один правильный ответ. Причиной гипогликемической комы является все перечисленные, кроме:

передозировка инсулина

несвоевременный прием пищи после инъекции инсулина

*передозировка глюкокортикоидов

интенсивная физическая нагрузка

289. Выберите один правильный ответ. Основные компоненты лечения кетоацидотической комы все, кроме:

устранение инсулиновой недостаточности

борьба с дегидратацией и гиповолемией

восстановление электролитного баланса

*введение щелочных растворов

290. Выберите один правильный ответ. Наиболее частый провоцирующий фактор гиперкетонемической комы (из перечисленных):

*интеркуррентные заболевания

Беременность

недостаточный самоконтроль гликемии

передание легкоусваиваемых углеводов

291. Выберите один правильный ответ. Кетоацидотическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме:

потери сознания

дыхания Куссмауля
*повышенной влажности кожи
запаха ацетона в выдыхаемом воздухе

292. Выберите один правильный ответ. Для гиперосмолярной комы Не характерно:
выраженная полиурия, жажда, сухость во рту
мягкость глазных яблок при пальпации
*запах ацетона в выдыхаемом воздухе
сонливость.

ПК-1 (ПК-1.1; ПК-1.2):

308. Комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья:

* медицинская профилактика
физическая профилактика
духовная профилактика

309. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируе(ю)т:

качество медицинской помощи
* образ жизни
биологические

310. Сегодня для профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) используются ... стратегии:

4
2
* 3

311. Процесс формирования здорового образа жизни включает все перечисленное, кроме:

* повышение материального благосостояния
воспитание навыков здорового образа жизни
информирование населения о факторах риска

312. Воздействие через средства массовой информации на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития ХНИЗ, среди всего населения:

стратегия высокого риска
стратегия вторичной профилактики
* популяционная стратегия

313. Основными направлениями формирования здорового образа жизни являются все перечисленные, кроме:

устранение факторов риска
* повышение эффективности деятельности служб здравоохранения
создание позитивных для здоровья факторов

314. Выявление лиц с повышенным уровнем факторов риска ХНИЗ и проведение мероприятий по их коррекции:

стратегия вторичной профилактики
популяционная стратегия
* стратегия высокого риска

315. Медицинская профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:

* выявление заболеваний

проведение прививок
проведение медицинских осмотров

316. Заключается в ранней диагностике и предупреждение прогрессирования заболевания как за счет факторной профилактики и коррекции поведенческих факторов риска, так и за счет своевременного проведения современного лечения:

* стратегия вторичной профилактики
стратегия высокого риска
популяционная стратегия

317. Медицинская профилактика включает:

выявление заболеваний
* проведение прививок
улучшение условий труда и отдыха

318. Один из алгоритма профилактического консультирования:

* алгоритм определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE
алгоритм определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале TIME
алгоритм определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале PRO

319. Медицинская профилактика включает:

улучшение условий труда и отдыха
* проведение медицинских осмотров
повышение материального благосостояния

320. Один из алгоритма профилактического консультирования:

* алгоритм углубленного профилактического консультирования
алгоритм всеобъемлющего профилактического консультирования
алгоритм частичного профилактического консультирования

321. Первичная профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме: мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний

проведение прививок
* выявление заболеваний

322. Один из алгоритма профилактического консультирования:

* алгоритм краткого профилактического консультирования
алгоритм жесткого профилактического консультирования
главный алгоритм профилактического консультирования

ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2):

308. Синдром, характерный для ХЛЛ:
лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

* лимфоаденопатия
синдром белковой патологии
железодефицитная анемия
оссалгии

309. Какое из перечисленных осложнений наиболее характерно для миеломной болезни:
инфаркт миокарда

* остеопороз с патологическими переломами
дыхательная недостаточность

кровотечение
гипергликемия

310. Какова основная причина ХПН при миеломной болезни:
плазмноклеточная инфильтрация в почках
гломерулонефрит
*парапротеинемический нефроз
мочекаменная болезнь
нефросклероз

311. Какие жалобы характерны для больных хроническим лимфолейкозом в развернутую стадию заболевания:

эритромелалгии
зуд кожи
сидеропения
артралгии
*потливость по ночам

312. Укажите признак прогрессии множественной миеломы:

увеличение плазматических клеток
прогрессирование миеломной нефропатии
прогрессирование тромбоцитопении
появление лимфоаденопатии
*увеличение М-градиента

313. Диагностическим критерием ХМЛ считается:

лейкоцитоз
*миелоидная гиперплазия с наличием филадельфийской хромосомы
эозинофильно-базофильная ассоциация
в миелограмме 60 % промиелоцитов
тромбоцитоз

314. Исход, наиболее характерный для ХМЛ:

смерть больного от тромбозов
выздоровление.
трансформация в остеомиелофиброз
*развитие бластного криза
смерть больного от гемолитической анемии

315. Какова причина тромбоцитопатии:

*понижение продукции тромбоцитов
ускорение разрушения тромбоцитов
перераспределение тромбоцитов в кровотоке
дефект структуры IIb IIIa рецепторов тромбоцитов
ускорение потребления тромбоцитов

316. Наследственная тромбоцитопатия, связанная с отсутствием альфа-гранул тромбоцитов, носит название:

аспирино-подобной тромбоцитопатии
синдром серых тромбоцитов
синдром Вискота-Олдрича
*аномалии Мея-Хеглина

тромбоцитопатии с отсутствием коллаген-агрегации тромбоцитов

317. Причина гипопротеинемии при нефротическом синдроме:

*потеря белка с мочой

потеря белка через кишечник

усиленный катаболизм белка

потеря белка через кишечник, усиленный катаболизм глобулинов

перемещение белков из плазмы во внеклеточную жидкость

318. К патогенетическим средствам лечения отеков при нефротическом синдроме относятся:

глюкокортикоиды, антикоагулянты, антибиотики, мочегонные

диуретики, глюкокортикоиды, антикоагулянты

*белковые препараты, мочегонные

антиагреганты, антикоагулянты, антибиотики

глюкокортикоиды, цитостатики, антиагреганты, антикоагулянты

319. Какое из заболеваний чаще других может приводить к амилоидозу почек:

ревматизм

деформирующий остеоартроз

ревматоидный артрит

подагра

*остеомиелит

320. Какая злокачественная опухоль наиболее часто осложняется паранеопластическим амилоидозом:

рак желудка

*лимфогранулематоз

рак легкого

рак почки

неходжкинские лимфомы

321. Ведущим этиологическим фактором панкреатита у мужчин является:

хронический гастродуоденит

дуоденостаз

желчнокаменная болезнь

*хронический алкоголизм

хронический холецистит

322. Ведущая патогенетическая роль алкоголя в развитии хронического панкреатита связана с:

спазмом большого дуоденального соска

атрофией слизистой желудка

*повышением вязкости панкреатического секрета

снижение вязкости панкреатического сока

токсическим влиянием алкоголя на печень

323. Симптом, наиболее характерный для панкреатита:

*абдоминальные боли

запор

озноб

водная диарея

тахикардия

324. Основным синдромом при желчнокаменной болезни:

желтуха

*желчная колика

рвота, приносящая облегчение

боль в эпигастрии после приема пищи

отрыжка кислым

325. Токсическая мегаколон или токсическая дилатация при язвенном колите возникает:

в слепой кишке

*в поперечно ободочной

в нисходящей

в сигмовидной

в прямой

326. При язвенном колите чаще всего поражается кишка:

восходящая

ободочная

нисходящая

слепая

*прямая

ПК-3 (ПК-3.1; ПК-3.2):

327. Современный способ лечения ХМЛ:

применение α_2 -интерферона

*применение блокатора мутантной тирозинкиназы - гливека

трансплантация костного мозга

трансплантация стволовых клеток

химиотерапия

328. Показание к цитостатической терапии эритремии:

количество эритроцитов свыше $6,5 \times 10^{12}/л$

*количество тромбоцитов свыше $400 \times 10^9/л$

количество базофилов свыше 5 %

острые эрозии желудка

тромбозы

329. Какой метод лечения целесообразно использовать у 60-летнего больного эритремией при эритроцитозе $6,6 \times 10^{12}/л$, нормальном количестве тромбоцитов и лейкоцитов, умеренном увеличении селезенки, систолической артериальной гипертензии (160/90 мм рт.ст.):

воздержаться от лечения, динамический контроль показателей крови

гипотензивная терапия

*антиагреганты и кровопускания под контролем показателей эритроцитов и гематокрита

цитостатическая терапия гидроксимочевинной

спленэктомия

330. Профилактика нейрорлейкемии проводится при:

*остром лимфобластном лейкозе

лимфосаркоме

гематосаркоме

гистиоцитозе X

остром миелобластном лейкозе

331. Трансплантация костного мозга применяется:

в фазе индукции ремиссии острых миелоидных лейкозов

во время первого рецидива острого лимфобластного лейкоза у детей

*в ремиссии после первой атаки острого миелоидного лейкоза (1-я ремиссия)

в фазе консолидации ремиссии острых миелоидных лейкозов

в поддержании ремиссии острых лимфобластных лейкозов

332. Наиболее рациональным сочетанием цитостатиков для интробластного введения является:

метотрексат + преднизолон

цитозар + метотрексат

пури-нетол + метотрексат

*метотрексат + цитозар + преднизолон

цитозар + пури-нетол

333. Для лечения отеков при нефротическом синдроме следует назначить:

только диуретики

инфузии альбумина в сочетании с диуретиками

инфузии альбумина в сочетании со спиронолактонами

только инфузии альбумина

*спиронолактоны, инфузии альбумина, диуретики

334. Ультрафильтрация показана при:

*тяжелом нефротическом синдроме с анасаркой

неконтролируемой артериальной гипертензии в условиях ХПН

неконтролируемой артериальной гипертензий в условиях сахарного диабета

резкой дегидратации при поносе и рвоте

тяжелой дыхательной недостаточности

335. Умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно корригировать путем введения:

солей кальция

раствора гидрокарбоната натрия

*концентрированного раствора глюкозы с инсулином

любым из перечисленных средств

никаким из перечисленных средств

336. При лечении острой почечной недостаточности необходима диета:

с повышенным содержанием белка

*фруктово-овощная

с исключением жиров

углеводно-жировая

с низким содержанием белка

337. При нарушении функции почек наиболее безопасным антибиотиком, который можно применять в обычной дозировке, является:

стрептомицин

левомицетин

тетрациклин

гентамицин

доксциклин

338. Для купирования болевого синдрома при хр. панкреатите не применяют:

атропин
новокаин
баралгин
промедол
*морфин

339. Эффективная доза ферментных препаратов определяется по:

уменьшению вздутия живота
уменьшению болей в животе
*уменьшению стеатореи
улучшению аппетита
восстановлению веса больного

340. В консервативную терапию хр. панкреатита включаются:

сосудистые препараты
кортикостероиды
антибиотики
ингибиторы АПФ
*ингибиторы протоновой помпы

341. При гипомоторной дискинезии оправдано применение препаратов:

спазмолитики
глюкокортикоиды
холеретики
ферменты
*холекинетики

342. Базисная терапия язвенного колита легкой и средней степени тяжести:

антибиотики
*производные 5-аминосалициловой кислоты
кортикостероиды
цитостатики
сочетание кортикостероидов с цитостатиками

346. Оптимальная продолжительность курса тиреостатической терапии при болезни Грейвса

1-2 месяца
*12-18 месяцев
6-8 месяцев
5-6 лет

347. Оптимальный объем хирургического лечения при болезни Грейвса

резекция щитовидной железы
*тиреоидэктомия
гемиструмэктомия
энуклеация узла щитовидной железы

348. Методом лечения пациентов с рецидивом болезни Грейвса является

консервативная терапия по схеме «блокируй-замещай»
поддерживающая терапия мерказолилом 5-10 мг/сут. 12-18 месяцев

*хирургическое лечение

консервативная терапия мерказолилом 30-40 мг сут. 12-18 месяцев

346. Лекарственное средство, позволяющее подавить протеолиз коллоида и тормозящее выброс тиреоидных гормонов в кровь – это

*неорганический йод (раствор люголя, насыщенный раствор калия йодид

тиамазол

пропилтиоурацил

фенобарбитал

ПК-5 (ПК-5.1):

357. Ожидаемая продолжительность жизни при акромегалии преимущественно определяется

*тяжестью сердечно-сосудистой патологии

степенью изменения внешности

наличием хиазмального синдрома

степенью прогрессирования нелеченного заболевания

358. Больным андростеромой устанавливается 1 группа инвалидности при злокачественной форме заболевания

наличии метастазов опухоли

рецидиве заболевания после терапии хлоританом

наличие симптомов интоксикации

*всё вышеперечисленное

359. Врачебная комиссия медицинской организации продлевает листок нетрудоспособности, если пациент уже имеет листок нетрудоспособности, выданный единолично лечащим врачом, сроком на

10 дней

*15 дней

21 день

28 дней

360. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают:

*все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих

все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих

все случаи заболеваемости, по которым выдан листок нетрудоспособности

все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности

наличие инфекционного заболевания

361. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

лечащие врачи медицинских организаций

лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институты

фельдшеры, зубные врачи медицинских организаций

работники со средним медицинским образованием

*работники скорой медицинской помощи, приемных отделений больничных учреждений

362. На какой срок медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно и единолично продлевает его при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений или иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности:

выдает на срок до 5 календарных дней и продлевает на срок до 10 календарных дней
*выдает на срок до 10 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней
выдает на срок до 3 календарных дней и продлевает на срок до 5 календарных дней
выдает на срок до 7 календарных дней и продлевает на срок до 14 календарных дней
выдает на срок до 30 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней

363. При продолжении временной нетрудоспособности гражданина, выписанного после стационарного лечения, листок временной нетрудоспособности может быть продлен на срок до:
3 дней
5 дней
*10 дней
14 дней
31 дней

364. Листок временной нетрудоспособности не выдается:
*проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
застрахованным лицам, являющимся гражданами Российской Федерации постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации
иностранным гражданам
лицам, работающим по трудовым договорам
священнослужителям

365. Справка произвольной формы выдается:
при бытовой травме
при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью
*трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование вследствие злоупотребления алкоголем

366. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:
листок временной нетрудоспособности
*случай временной нетрудоспособности
первичное заболевание
впервые выявленное в данном году заболевание
справка о временной нетрудоспособности

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ ОРДИНАТОРОВ

Оценивание знаний, умений и навыков ординаторов, характеризующих этапы формирования компетенций, осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Шкала оценивания

При проведении промежуточной аттестации знания обучающихся оцениваются в соответствии с установленными рабочей программой формами контроля.

При проведении промежуточной аттестации в форме экзамена, зачёта с оценкой знания ординаторов оцениваются по пятибалльной системе оценок («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

При проведении промежуточной аттестации в форме зачета знания ординаторов оцениваются: «зачтено»/ «не зачтено».

Оценку «отлично» заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные рабочей программой дисциплины (модуля), усвоивший обязательную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 85%–100% правильных ответов.

Оценку «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание программного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную рабочей программой дисциплины (модуля), способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 65%–84% правильных ответов.

Оценку «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля), знакомый с основной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 55%–64% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля) заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал менее 55% правильных ответов.

Оценку «зачтено» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля), знакомый с рекомендованной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает 55 % и более правильных ответов.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля) заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает менее 55% правильных ответов.