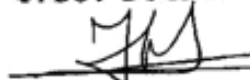


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (ФГБОУ ВО
НГМУ)

УТВЕРЖДАЮ

Декан лечебного факультета

ФГБОУ ВО НГМУ, к.м.н., доцент

 А.И. Новиков
« 11 » ноября 2021 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

индекс Б 3

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Квалификация выпускника: врач-лечебник

Форма обучения: очная

Документ рассмотрен и принят на заседании Ученого совета лечебного факультета.

Протокол № 2

Секретарь Учёного совета к.м.н., Л.Н. Захарова

Новосибирск - 2021

Составители:

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра
Новиков А.И.	Декан лечебного факультета	К.м.н., доцент	Топографической анатомии и оперативной хирургии
Кузнецов А.В.	Зав.кафедр ы Профессо р	Д.м.н., доцент	Топографической анатомии и оперативной хирургии
Тов Н.Л.	Заведующи й кафедрой	Д.м.н., профессор	Внутренних болезней им. акад. Л.Д. Сидоровой
Мовчан Е.А.	Профессо р кафедры	Д.м.н., доцент	Внутренних болезней им. акад. Л.Д. Сидоровой
Попова А.А.	Заведующи й кафедрой	Д.м.н., доцент	Поликлинической терапии и общей врачебной практики (семейной медицины)

Рецензенты:

Фамилия И.О.	Должнос ть	Ученая степень, ученое звание
Аксенова Е.А.	Заместитель министра здравоохранения Новосибирской области	К.м.н.
Дорофеев С.Б.	Главный врач ГАУЗ НСО «Городская клиническая поликлиника №1», Председатель общественной организации «Новосибирская областная ассоциация врачей»	К.м.н.

Содержание.

№ раздела	Содержание раздела	Страницы
Раздел 1.	Общие положения	4
Раздел 2.	Цель и задачи итоговой государственной аттестации	4 - 5
Раздел 3.	Место государственной итоговой аттестации в структуре основной образовательной программы.	5
Раздел 4.	Содержание и структура государственной итоговой аттестации	5 - 7
Раздел 5.	Организация государственной итоговой аттестации	8 - 10
Раздел 6	Материально-техническое обеспечение государственной итоговой аттестации	10-14
Раздел 7.	Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации обучающихся	15-61
Приложения		61-70

Раздел 1. Общие положения.

Программа государственной итоговой аттестации (ГИА) выпускников ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России по специальности «Лечебное дело» (далее – Программа) регулирует проведение государственной итоговой аттестации по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

Программа разработана в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Приказом Минобрнауки России от 19.12.2013 № 1367 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры», Приказом Минобрнауки России от 29.06.2015 № 636 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования

- программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры», Приказом Минобрнауки России от 9.02.2016 № 95 «Об утверждении федерального образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)», другими нормами действующего законодательства, Уставом Университета, локальными нормативными актами Университета.

Раздел 2. Цели и задачи государственной итоговой аттестации

2.1. Государственная итоговая аттестация (далее - ГИА) выпускников ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава РФ (далее – Университет) по специальности «Лечебное дело» проводится по окончании полного курса обучения и заключается в определении соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, профессионального стандарта «Врач - лечебник (врач - терапевт участковый)» с последующей выдачей диплома государственного образца о высшем образовании.

2.2. Основной целью ГИА выпускников по специальности «Лечебное дело» является определение и оценка уровня теоретической и практической подготовки, предусмотренной Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования и профессиональным стандартом «Врач - лечебник (врач - терапевт участковый)».

2.3. К ГИА допускаются студенты, завершившие полный курс обучения в рамках учебного плана по специальности «Лечебное дело» и освоивших основную образовательную программу высшего образования (программу специалитета по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»).

2.4. Задачи государственной итоговой аттестации по направлению подготовки заключаются в:

оценке уровня сформированности у выпускников необходимых общекультурных, общепрофессиональных, профессиональных компетенций;
определении уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
выявлении уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.

2.5. ГИА выпускников лечебного факультета проводится в форме государственного (итогового междисциплинарного) экзамена по специальности 31.05.01 – Лечебное дело, который проходит поэтапно и включает следующие государственные аттестационные испытания:

- проверка уровня теоретической подготовленности путем тестового экзамена;

- проверка уровня освоения практических умений на роботах - симуляторах;
- оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования по ситуационным задачам.

Раздел 3. Место государственной итоговой аттестации в структуре основной образовательной программы.

Государственная итоговая аттестация программы относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации. Государственная итоговая аттестация проводится в объеме зачетных единиц (количества академических часов), выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестры
Государственная итоговая аттестация	108/3	12
Общая трудоемкость часы	108	12
зачетные единицы	3	12

Раздел 4. Содержание и структура государственной итоговой аттестации.

4.1. Содержание ГИА формируется на основе ООП по специальности «Лечебное дело» и базируется на компетенциях выпускника как совокупного ожидаемого результата образования по ОПОП.

№ п / п	Наименование этапа	Содержание этапа	Проверяемые компетенции
1.	Определение уровня теоретической подготовки	Тестирование	ОК 1-8; ОПК-1-11; ПК-1-22
2	Определение уровня практической подготовки	Проверка практических умений на роботах - симуляторах	ОК 1-8; ОПК-1-11; ПК-1-22
3	Определение уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач	Решение ситуационных задач	ОК 1-8; ОПК-1-11; ПК-1-22

4.2. Структура государственной итоговой аттестации.

4.2.1. Программа итогового государственного экзамена и форма его проведения рассматривается советом лечебного факультета, утверждается ректором Университета и доводится до студентов не позднее, чем за шесть месяцев до проведения государственного экзамена.

4.2.2. Государственная итоговая аттестация по специальности Лечебное дело - 31.05.01 представляет собой трехэтапный междисциплинарный государственный экзамен.

Порядок проведения и основные этапы аттестации.

I этап – аттестационное тестирование на компьютерах.

Цель тестирования – проверка уровня теоретической подготовки студентов. Тестовый материал охватывает содержание гуманитарных,

математических, естественнонаучных, медико-биологических и

профессиональных дисциплин. Тестовый контроль включает 60 тестовых

заданий из базы тестовых заданий МЗ РФ. Структура каждого тестового

задания содержит основной текст и 4 варианта ответов, один из которых

является правильным. Результаты тестирования оцениваются как зачет/незачет.

Критерии оценки тестирования:

Зачет - 70 – 100 правильных ответов.

Незачет – 69 и менее правильных ответов.

II этап – практические умения. Цель данного этапа – оценка уровня практической профессиональной подготовки выпускника. Осуществляется с использованием роботов – симуляторов на 6 базовых станциях. Результаты практических навыков и умений оцениваются как «зачет» или «незачет».

Критерии оценивания практических умений.

В оценочном листе (чек-листе) (см. приложение 1-6) делается отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения студентом: «Да» – действие было произведено; «Нет» – действие не было произведено.

Соответственно сценарию оценка практического умения проводится по конкретному чек-листу данной станции.

Зачет - 70 -100% положительных позиций данного чек-листа. Незачет – 69 и менее % положительных позиций данного чек-листа.

Итоговый результат определяется как «зачет» при положительном выполнении заданий на всех 6 станциях.

III этап – итоговое собеседование с использованием клинических ситуационных задач. Цель данного этапа - проверка целостности профессиональной подготовки выпускника, т.е. уровня его компетенции в использовании теоретической базы для принятия решений в ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. Собеседование проводится на основе решения ситуационных клинических задач обобщенного характера, т.е. требующих аналитических и синтетических навыков, а также теоретического знания дисциплин, входящих в ООП по специальности Лечебное дело -

31.05.01. Оценке в данном случае подлежит степень умения выпускника разрабатывать и принимать оптимальные решения в клинических ситуациях на основе интеграции содержания вышеуказанных дисциплин.

Осуществляется с применением 130 кейсов. Кейс состоит из клинической ситуационной задачи по терапии (130 задач) и клинической ситуационной задачи по хирургии (70 задач) или акушерству и гинекологии (60 задач).

Критерии оценивания при собеседовании по клинической ситуационной задаче.

Критерии	Шкала оценки
Студент уверенно оперирует конкретными знаниями, мыслит логично, речь грамотная.	5
Студент показал прочные знания при малозначительных неточностях, пропусках, ошибках, логика ответа не нарушена, речь грамотная.	4
Ответ содержит серьезные ошибки, ответы неполные, нарушена логика изложения, но на дополнительные вопросы даны более адекватные ответы.	3
Студент показал отрывочные, несистематизированные знания, не ответил на дополнительные вопросы.	2

Раздел 5. Организация государственной итоговой аттестации.

5.1. Подготовка к проведению государственной итоговой аттестации.

5.1.2. Студентам создаются необходимые для подготовки условия, проводятся консультации, график проведения которых составляется на основе графика учебного процесса и согласовывается с деканом факультета, начальником учебно-методического управления и утверждается проректором по учебной работе.

5.1.3. Для проведения ГИА ежегодно приказом Министерства здравоохранения РФ назначается председатель государственной экзаменационной комиссии (ГЭК). Члены ГЭК назначаются приказом ректора Университета. Председатель ГЭК организует и контролирует деятельность ГЭК, обеспечивает единство требований, предъявляемых к обучающимся при проведении ГИА. Не менее половины состава ГЭК представляют ведущие специалисты – представители работодателей или их объединений в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные – лица, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу Университета, и (или) научным работникам Университета и (или) иных организаций, имеющие ученое звание и (или) ученую степень.

Секретарь ГЭК не является ее членом и назначается председателем ГЭК из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу Университета, научных работников или административных работников Университета на период проведения ГИА для обеспечения работы ГЭК. Секретарь ГЭК обеспечивает процедуру ведения экзамена следующими документами: приказом о допуске к государственному экзамену, приказом о составе ГЭК, списками студентов по группам, протоколами на каждого студента, явочными листами членов ГЭК, представляет необходимые материалы в апелляционную комиссию.

График и расписание работы ГЭК разрабатываются на основе календарных сроков проведения итоговой государственной аттестации, предусмотренных в учебном плане основной образовательной программы.

5.1.4. Определение результата итогового государственного экзамена проводится на открытом заседании ГЭК при наличии не менее двух третей состава государственной экзаменационной комиссии.

5.1.5. В случае непрохождения одного из трех этапов государственного экзамена, студент не допускается к следующим этапам, и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

5.1.6. Все этапы ГИА начинаются в указанное в расписании время в присутствии председателя ГЭК и проводятся в аудитории, обеспеченной техническими средствами для визуализации заданий.

5.1.7. Решения ГЭК принимаются на открытых заседаниях простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в ГИА, при обязательном присутствии председателя или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии обладает правом решающего голоса.

5.1.8. Результаты ГИА определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и объявляются в тот же день после оформления в установленном порядке протоколов заседаний ГЭК. Протокол заседаний подписывается всеми членами ГЭК и хранится в личном деле выпускника.

5.1.9. По результатам ГИА выпускник, участвовавший в ГИА, имеет право подать в апелляционную комиссию прошение об апелляции в письменном виде, обоснованное нарушением, по его мнению, установленного порядка проведения ГИА и (или) несогласием с ее результатами.

5.1.10. Лицам, не проходившим ГИА по уважительной причине, предоставляется возможность пройти государственную аттестацию без отчисления в сроки, установленные Университетом (в период очередной работы ГЭК).

5.1.11. Обучающиеся, не прошедшие ГИА по неуважительной причине или получившие неудовлетворительные результаты, отчисляются из Университета и вправе пройти ГИА не ранее чем через шесть месяцев и не более чем через пять лет после прохождения аттестации впервые. Повторные итоговые испытания назначаются не более двух раз.

5.1.12. Студентам и лицам, привлекаемым к ГИА, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Студент должен иметь официальный внешний вид, соответствующий дресс - коду Университета.

Студент обязан являться на экзамен в указанное в расписании время. В случае опоздания время, отведенное на экзамен, не продлевается.

Студент обязан соблюдать тишину в течение всего экзамена и не совершать никаких действий, которые могут отвлекать других студентов от подготовки к ответу.

Студенту не разрешается проносить свои сумки, верхнюю одежду и другие вещи в экзаменационный зал.

Эти вещи должны быть оставлены в специально выделенном помещении (зоне).

5.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации для выпускников из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья.

5.2.1. Для выпускников из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится Университетом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких выпускников.

5.2.2. При проведении ГИА обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для лиц с ограниченными возможностями здоровья в одной аудитории совместно с выпускниками, не имеющими ограниченных возможностей здоровья, если это не создает трудностей для выпускников при прохождении ГИА;
- присутствие в аудитории ассистента, оказывающего выпускникам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитывать и оформить задание, общаться с членами ГАК);
- пользование техническими средствами, необходимыми выпускникам при прохождении ГИА с учетом их индивидуальных особенностей;
- обеспечение возможности беспрепятственного доступа выпускников в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях.

Раздел 6. Учебно-методическое, информационное, материально-техническое обеспечение ГИА.

I этап ГИА проводится на базе класса компьютерного тестирования, оснащенного 60 компьютерами, имеющими доступ в Интернет.

II этап ГИА осуществляется в межрегиональном аккредитационно-симуляционном центре, оснащённом интерактивным манекеном-тренажером Resusci Anne Advanced SkillTrainer, 2 виртуальными роботами-симуляторами Апполон тренажерами руки для внутривенных инъекций, торсом для аускультации сердца и легких, тренажерами руки для измерения АД. Используется технология «Стандартизированный пациент». Для оценки практических умений используются станции: «Базовая сердечно-легочная реанимация», «Неотложная медицинская помощь», «Экстренная медицинская помощь», «Физикальное обследование», «Диспансеризация», «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача терапевта-участкового».

III этап — 130 кейсов для устного собеседования по клиническим ситуационным задачам (с эталонами ответов для экзаменаторов, членов ГЭК).

Основная литература.

1. Акушерство: учебник для студентов медицинских вузов [Рекомендовано отраслевым министерством] / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. : ил.
2. Гинекология : учебник для студентов медицинских вузов / ред. Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 432 с. : ил.
3. Внутренние болезни [Комплект] : учебник для студентов медицинских вузов с компакт-диск: в 2 т. / ред.: Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа. - ISBN 5-9704-0238-9. Т.1. - 2006. - 672 с.

4. Внутренние болезни [Комплект] : учебник для студентов медицинских вузов с компакт-диск. в 2 т. / ред.: Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа. - ISBN 5-9704-0238-9. Т.2. - 2006. - 592 с. : ил.
5. Маколкин В.И., Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4157-2 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441572>.
6. Внутренние болезни [Комплект] : учебное пособие / ред. Л. Д. Сидорова, Н. Л. Тов. - Новосибирск : Сибмедииздат НГМУ, 2006. - 450 с.
7. Хирургические болезни. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417621.html>
8. Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>
9. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
10. Хирургические болезни [Электронный ресурс] / Мерзликин Н.В., Бражников Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421079.html>
11. Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433188.html>
12. Ющук Н.Д., Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгеров. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444122.html>
13. Инфекционные болезни и эпидемиология : учебник для студентов медицинских вузов : [Рек. отраслевым мин-вом] / В. И. Покровский [и др.]. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
14. Поликлиническая терапия [Комплект] : учебник / Г. И. Спорожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с. : ил.
15. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441640.html>
16. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература

1. Избранные главы акушерства и гинекологии [Электронный ресурс] : учебное пособие / С. В. Вишнякова [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2011.
2. Айламазян Э.К., Неотложная помощь в акушерстве [Электронный ресурс] : руководство для врачей / Э. К. Айламазян и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-3331-7 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433317.html>

3. Пекарев, О. Г. ДВС-синдром в акушерско-гинекологической практике [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие [Рекомендовано методсоветом ВУЗа] / О. Г. Пекарев, Н. М. Ким; Новосиб. гос. мед. ун-т. - Новосибирск : Сибмедииздат НГМУ, 2007. - 46 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1028 с.
5. Акушерство [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - (Серия "Национальные руководства"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433652.html>
6. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих, В. Серова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427576.html>
7. Неопложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html>
8. Неопложная помощь в акушерстве [Электронный ресурс] : учебное пособие / Э. К. Айламазян, Э. Айламазян. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433317.html>
9. Клиническая анатомия женского таза [Электронный ресурс] : иллюстрированный авторский цикл лекций / И.И. Каган ; под ред. Г.Т. Сухих - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443989.html>
10. Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442494.html>
11. Руководство по клиническому обследованию больного для врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь : учебное пособие; пер.с англ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006; 2007. - 648 с.
12. ЭКГ для врача общей практики : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / А. А. Сыркин. - М. : Медицина , 2006. - 176 с. : ил.
13. Воспалительные болезни печени [Электронный ресурс] : учебное пособие / С. Д. Маянская, А. Б. Кривошеев ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : Сибмедииздат НГМУ, 2007. - 298 с.
14. Ахмедов В.А., Диагноз при заболеваниях внутренних органов. Формулировка, классификации [Электронный ресурс] / В.А. Ахмедов [и др.] ; под. ред. В.А. Ахмедова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438725.html>
15. Руководство по клиническому обследованию больного : пер.с англ.,доп. / ред. А. А. Баранов [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006; 2007. - 648 с.
16. Неопложная помощь в терапии и кардиологии : учебное пособие / ред. Ю. И. Гринштейн. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 224 с. : ил.
17. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970406755.html>
18. Нефрология [Электронный ресурс] / Под ред. Н.А. Мухина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411742.html>

19. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : Национальное руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. А. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970420737.html>
20. Клиническая лабораторная диагностика [Электронный ресурс] / Кишкун А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970415504.html>
21. Ревматология [Электронный ресурс] / Под ред. Е.А. Насонова, В.А. Насоновой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416501.html>
22. Пульмонология [Электронный ресурс] / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427712.html>
23. Кардиология [Электронный ресурс] / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427675.html>
24. Кардиология [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428450.html>
25. Хроническая обструктивная болезнь легких [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л. А. Шпагина [и др.] ; Новосибир.гос.мед.ун-т, ФГБУ НИИ пульмонологии - Новосибирск : Сибмедииздат НГМУ, 2016. - 92 с.
26. Клиническая хирургия : национальное руководство: в 3 т. / ред. В. С. Савельев [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - , Т.1 864 с.
27. Клиническая хирургия : национальное руководство: в 3 т. / ред. В. С. Савельев [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - , Т.2 832 с.
28. Клиническая хирургия : национальное руководство: в 3 т. / ред. С. С. Савельев [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - , Т.3 1008 с.
29. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. - М. : Мединформ.агентство, 2008. - 264 с.
30. Актуальные вопросы хирургического лечения болезней пищевода и кардии / Ю. В. Чикинев, Е. А. Дробязгин, И. В. Беркасова [и др.]. - Новосибирск : б/и, 2009. - 288 с.
31. Избранные вопросы хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. А. Агеева, В. В. Анищенко, И. Е. Барабанов [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2011
32. Панкреонекроз. Диагностика и лечение [Электронный ресурс] / А.В. Шабунин, А.В. Араблинский, А.Ю. Лукин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428252.html>
33. Абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] / под ред. И. И. Затевакина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444047.html>
34. Программа ускоренного выздоровления хирургических больных. Fast track [Электронный ресурс] / под ред. И. И. Затевакина, К. В. Лядова, И. Н. Пасечника - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443484.html>
35. Системный подход к управлению ситуацией с туберкулезом: основания, методология, практика [Электронный ресурс] : монография / В. А. Краснов [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2010.
36. Избранные вопросы фтизиатрии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. В. Алексеева [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2011
37. Яблонский П.К., Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. П.К. Яблонского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с.
- ISBN 978-5-9704-3675-2 - Режим доступа:
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436752>

38. . Туберкулез легких с лекарственной устойчивостью возбудителя: учебное пособие [Электронный ресурс] / Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Григорьев Ю.Г. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416667.html>
39. Туберкулинодиагностика: учебное пособие [Электронный ресурс] / Мишин В.Ю. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423387.html>
40. Туберкулез и материнство (туберкулез у беременных и кормящих матерей) [Электронный ресурс] : учебное пособие / В. Н. Пряхина [и др.] ; ред. Л. В. Поддубная ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : Сибмедииздат НГМУ, 2016. - 67 с.
41. Осложненное течение первичного туберкулеза [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Л. В. Поддубная ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : Сибмедииздат НГМУ, 2008. - 76 с. : ил.
42. Атлас инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] / Роналд Т.Д. Эмонд, Филипп Д. Уэлси, Х.А.К. Роуланд ; пер. с англ. под ред. В.В. Малеева, Д.В. Усенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2367.html>
43. Атлас инфекционных болезней [Электронный ресурс] / Под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова, В. В. Никифорова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428771.html>
44. Острые кишечные инфекции у взрослых [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е. И. Краснова [и др.] ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : ИПЦ НГМУ, 2018. - 82 с. : on-line
45. Лекции по инфекционным болезням. Том 1. [Электронный ресурс] / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436998.html>
46. Лекции по инфекционным болезням Т. 2 [Электронный ресурс] / Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437001.html>
47. Инфекционные болезни: синдромальная диагностика [Электронный ресурс] / под ред. Н.Д. Ющука, Е.А. Климовой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440452.html>
48. Общая врачебная практика: диагностическое значение лабораторных исследований : учебное пособие / ред. С. С. Вялов, Т. А. Васина. - М. : МЕДпресс-информ, 2006. - 160 с.
49. Стандарты ведения больных. 2006 : клинические рекомендации - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 928 с.
50. Ярыгин В.Н., Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах.
Клиническая гериатрия [Электронный ресурс] / Авдеев С.Н., Аникин В.В., Анохин В.Н. и др. / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.-Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416877.html>
51. Ткачева О.Н., Гериатрия [Электронный ресурс] : национальное руководство / Ткачева О.Н., Фролова Е.В., Яхно Н.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-4622-5 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446225>.
52. Амбулаторно-поликлиническая терапия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник [Электронный ресурс] / сост. А. И. Муртазин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - ISBN 978-5-9704-5087-1 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450871>
53. Медицинские осмотры : руководство для врачей [Электронный ресурс] / И. И. Березин [и др.] ; под ред. И. И. Березина, С. А. Бабанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439081>.

Раздел 7. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации обучающихся (примеры).

К о д ы	Компетенции выпускника вуза как совокупный ожидаемый результат по завершении обучения по ОПОП ВО	Совокупность заданий, составляющих содержание государственного итогового экзамена студента-выпускника вуза по ОПОП ВО		
		Тесты	Практические умения	Ситуационные задачи
	Общекультурные (ОК)	1	2	3
ОК-1	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ МУЖЧИНЫ 55 ЛЕТ ПЕРЕНЕСШЕГ О7ЛЕТ</p> <p>НАЗАД РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА (В</p> <p>МАЗКЕ КРОВИ МАКРОЦИТОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ А) цианкобалами на Б) железа В) эритропоэтина Г) пиридоксина</p>	<p>Сценарий «Экстренная медицинская помощь»</p>	<p>В женскую консультацию обратилась женщина 27 лет с жалобами на изменение обоняния, и эмоциональной лабильностью и задержкой менструации на 2 недели. При обследовании матка увеличена до 6-7 недель беременности, придатки б/о. По УЗИ: беременность 6 недель.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз. 2. Перечислите сомнительные признаки беременности. 3. Сколько вы знаете приемов Леопольда? 4. Ведущий показатель исхода родов при оценке таза беременной. 5. Значение истинной конъюгаты в норме.
ОК-2	Способность к использованию	<p>НАУЧНОЙ ОСНОВОЙ ПРОФИЛАКТИ</p>	<p>Сценарий «Сбор жалоб и</p>	<p>На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 42 лет.</p> <p>Жалобы: Жалоб не предъявляет,</p>

2	<p>ат ь</p> <p>ОСНОВЫ</p> <p>философс</p> <p>ки х</p> <p>знаний для</p> <p>формиров</p> <p>ан ия</p> <p>мировоззр</p> <p>ен ческой</p> <p>позиции</p>	<p>К И</p> <p>ХРОНИЧЕСКИ</p> <p>Х</p> <p>НЕИНФЕКЦИ</p> <p>ОН НЫХ</p> <p>ЗАБОЛЕВАНИ</p> <p>Й ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>КОНЦЕПЦИЯ</p> <p>А) факторов</p> <p>риска Б)</p> <p>здорового образа</p> <p>жизни</p> <p>В) борьбы</p> <p>с</p>	<p>анамнеза</p> <p>на</p> <p>первичн</p> <p>ом</p> <p>приеме</p> <p>врача</p> <p>терапевт</p> <p>а-</p> <p>участков</p> <p>ог о»</p>	<p>пришла на диспансеризацию</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>Хронические заболевания отрицает.</p> <p>Отмечает набор массы тела за последние 5 лет на 10 кг. В ходе диспансеризации впервые выявлено повышение глюкозы капиллярной крови до 6,7 ммоль/л.</p> <p>Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. Работает продавцом.</p>
---	---	---	--	---

		вредными привычками ми Г) индивидуальной профилактики		Перенесённые заболевания: простудные. Беременности – 1, роды – 1 (вес ребенка при рождении 4400 г). Наследственность: у матери инфаркт миокарда в 54 года Аллергоанамнез: не отягощён. Вредные привычки: отрицает Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,65 м, вес 88 кг, индекс массы тела 32,6 кг/м ² , t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. 1) Выберитенеобходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) 2) Какой предполагаемый основной диагноз? 3) Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки? 4) Рекомендации по изменению образа жизни включают 5) Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA _{1c} < % 6) В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается 7) Пациентке необходимо рекомендовать
ОК-3	Способность анализировать основные этапы закономерно исторического развития общества для формирования гражданской ой позиции	ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ДОКАЗАННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВЫСОКИМ ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СУММАРНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ А) врач отделения медицинской профилактики, при отсутствии кабинета профилактики, например, сельской местности – врач-терапевт участковый Б) врач-терапевт участковый В) врач дневного стационара Г) врач-кардиолог поликлиники	Сценарий «Экстренная медицинская помощь»	
ОК-4	Способность действовать нестандартными	ПРЕПАРАТ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ	Сценарий «Базовая сердечная легочная	

	<p>ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения</p>	<p>ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ</p> <p>А) Сальбутамол</p> <p>Б) Флутиказон/ Сальметерол</p> <p>В) Бекламетазон</p> <p>Г) Сальметерол</p>	<p>я реанимаци и»</p>	<p>проводить самоконтроль гликемии</p> <p>раз/раза в сутки и один гликемический профиль в неделю</p> <p>8) Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в</p> <p>9) Для лечения артериальной гипертензии пациентке показано назначение</p> <p>10) Эффективность сахароснижающей</p>
--	--	--	-------------------------------	---

				<p>терапии оценивается по _____ через</p> <p>3- 6 месяцев после начала лечения</p> <p>11) Для профилактики поздних осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня холестерина < ммоль/л</p> <p>12) Для профилактики микро- и макро-сосудистых осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня артериального давления _____ мм.рт.ст.</p>
О К - 5	<p>Готовность</p> <p>к</p> <p>саморазвит</p> <p>и</p> <p>ю,</p> <p>самореализ</p> <p>а</p> <p>ции,</p> <p>самообразо</p> <p>в</p> <p>анию,</p> <p>использова</p> <p>н</p> <p>ию</p> <p>творческог</p> <p>о</p> <p>потенциала</p>	<p>ПРИ ОТКАЗЕ ОТ</p> <p>КУРЕНИЯ</p> <p>НИКОТИНЗАМЕ</p> <p>С</p> <p>ТИТЕЛЬНАЯ</p> <p>ТЕРАПИЯ</p> <p>ОБЯЗАТЕЛЬНО</p> <p>НАЗНАЧАЕТСЯ</p> <p>ПАЦИЕНТАМ,</p> <p>У</p> <p>КОТОРЫХ</p> <p>СТЕПЕНЬ</p> <p>НИКОТИНОВОЙ</p> <p>ЗАВИСИМОСТИ</p> <p>А) 4 и более</p> <p>Б) 3 и более</p> <p>В) 5 и более</p> <p>Г) 6 и более</p>	<p>Сценарий</p> <p>«Сбор</p> <p>жалоб</p> <p>и</p> <p>анамнеза</p> <p>на</p> <p>первично</p> <p>м</p> <p>приеме</p> <p>врача</p> <p>терапевта</p> <p>-</p> <p>участково</p> <p>г</p> <p>о»</p>	<p>Пациент 43 года, рабочий обратился в</p> <p>поликлинику.</p> <p>Жалобы: На изменение цвета мочи -</p> <p>покраснение, повышение АД</p> <p>до</p> <p>150/100 мм.рт.ст</p> <p>Анамнез заболевания:</p> <p>Впервые</p> <p>эпизод макрогематурии отметил около</p> <p>5 лет назад после</p> <p>употребления</p> <p>больших доз алкоголя, в течение 3-х</p> <p>дней цвет мочи нормализовался, не</p> <p>обследовался. В</p> <p>последующем</p> <p>подобные кратковременные</p> <p>эпизоды</p> <p>макрогематурии повторялись дважды,</p> <p>также после употребления</p> <p>крепких</p> <p>спиртных напитков.</p> <p>Настоящее</p> <p>ухудшение после</p> <p>очередного</p> <p>многодневного (10 дней)</p> <p>употребления</p> <p>алкоголя (водка 0,5</p> <p>л/сут):</p> <p>макрогематурия (сохраняющаяся</p> <p>на</p> <p>протяжении 5 дней), головные боли,</p> <p>при самостоятельном измерении АД -</p>

				<p>повышение до 150/100 мм.ртт.ст., что послужило поводом для обращения в поликлинику.</p> <p>Анамнез жизни:</p> <p>Перенесенные заболевания и операции: отрицает. Наследственность неотягощена; Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет регулярно (2-3 раза в неделю), преимущественно крепкие спиртные напитки (водка 0,5 л/день).</p> <p>Объективный статус:</p> <p>Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 172 см. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.</p>
--	--	--	--	---

				<p>ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – выступает из под края реберной дуги на 1,5 см.</p> <p>Мочевыделение безболезненное. За сутки выделил около 1500 мл мочи (выпил около 1,5 л жидкости).</p> <p>1) Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)</p> <p>2) В качестве скринингового инструментального метода обследования пациента необходимо выполнение</p> <p>3) Ведущим нефрологическим синдромом у данного больного является</p> <p>4) Дифференциальную диагностику IgA нефропатии следует проводить с</p> <p>5) Показаниями к госпитализации при гематурическом гломерулонефрите являются</p> <p>6) Тактика ведения данного больного подразумевает</p> <p>7) Общими немедикаментозными принципами лечения IgA-нефропатии являются</p> <p>8) Нефропротективная терапия, рекомендуемая больным IgA нефропатией включает</p> <p>9) Риск прогрессирования нефропатии у данного больного можно оценить как 10) Показаниями для иммуносупрессивной терапии при IgA- нефропатии являются</p> <p>11) Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при IgA нефропатии являются</p>
ОК-6	Способность вторичная использовать методы и средства	ПРОФИЛАКТИКА А ХОБЛ ВКЛЮЧАЕТ	Сценарий Больной К. «Диспансеризация»	<p>62 лет обратился</p> <p>поликлинику врачу-терапевту участковому.</p> <p>Жалобы: на одышку, возникающую</p>

физической	А)	при обычной физической нагрузке и в
культуры	адекватную	покое, давящие боли за
для	физическую	грудиной,
обеспечени	нагрузку	некупирующиеся при приёме
я	Б) отказ	2
полноценно	от	таблеток нитроглицерина,
	употребления	общую
	кофе	слабость, повышенную утомляемость

	<p>й</p> <p>социальной</p> <p>и</p> <p>профессион</p> <p>а</p> <p>льной</p> <p>деятельнос</p> <p>т</p> <p>и</p>	<p>и</p> <p>кофеинсодержащ</p> <p>и</p> <p>х напитков</p> <p>В)</p> <p>ограничение</p> <p>употребления</p> <p>витаминов</p> <p>группы</p> <p>С,А,Е</p> <p>Г)</p> <p>ограничение</p> <p>употребления</p> <p>поваренной соли</p>		<p>Анамнез заболевания: Полгода назад перенес инфаркт миокарда.</p> <p>•2 недели назад появились давящие боли за грудиной, одышка при</p> <p>обычной физической нагрузке (ходьба обычным шагом) и в покое.</p> <p>•В течение недели боли за грудиной усилились, стали появляться в покое,</p> <p>приём нитроглицерина – без эффекта.</p> <p>Анамнез жизни: рос и развивался нормально.</p> <p>•Семейный анамнез: отец умер в</p> <p>возрасте 53 лет от инфаркта миокарда.</p> <p>•Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 18 лет.</p> <p>Объективный статус: Состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 86 кг. ИМТ 29,8 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. Нерезкий цианоз губ,</p> <p>крыльев носа. Грудная клетка конической формы, симметричная.</p> <p>Частота дыхания – 18 в мин. При аускультации над легкими</p> <p>выслушивается везикулярное дыхание.</p> <p>Границы относительной тупости сердца: правая – правый край грудины, левая – в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны, шумов нет.</p> <p>ЧСС – 65 в минуту, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный,</p> <p>участвует в дыхании. Печень выступает из-под края реберной дуги.</p>
--	---	--	--	--

			<p>Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см.</p> <p>Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.</p> <p>1) К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относятся</p> <p>2) Инструментальными методами для являются</p> <p>(выберите 2)</p> <p>3) Какой диагноз можно поставить данному больному?</p> <p>4) В данной клинической ситуации пациенту показано проведение</p>
--	--	--	---

				<p>5) Астматический вариант инфаркта миокарда чаще развивается на фоне</p> <p>6) Пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначение</p> <p>7) В данной клинической ситуации необходимо проведение антипротромботической терапии с применением</p> <p>8) В качестве антиангинальной терапии пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначить 9) Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает</p> <p>10) К показаниям к проведению тромболитической терапии в данной клинической ситуации (при невозможности выполнения первичного ЧКВ) относятся</p> <p>11) Перед выпиской из стационара данному пациенту необходимо проведение</p> <p>12) После перенесенного инфаркта миокарда терапия ацетилсалициловой кислотой данному пациенту должна проводиться</p>
О К - 7	<p>Готовность использовать приемы оказания первой помощи методами защиты в условиях</p>	<p>В КАКОМ МЕСТЕ ПРОВОДИТСЯ ЭКСТРЕННАЯ КНИКОТОМИЯ А) через щитовидно-перстневидную мембрану Б) через</p>	<p>Сценарий «Неотложная помощь»</p>	<p>Больной Т., 46 лет, доставлен в хирургическое отделение с жалобами на неукротимую рвоту кровью, слабость, адинамию, бледность кожных покровов. Данное состояние у больного</p> <p>отмечается впервые. В анамнезе вирусный гепатит. При осмотре — больной бледный, пульс 126 уд. в мин., АД 100/50 мм. рт. ст.</p>

	<p>чрезвычайн</p> <p>ых</p> <p>сипуаций</p>	<p>толщу</p> <p>щитовидного</p> <p>хряща</p> <p>В) через</p> <p>толщу</p> <p>перспневидного</p> <p>хряща</p> <p>Г) между любыми</p> <p>кольцами трахеи</p>	<p>При</p> <p>обследовании на</p> <p>переднебоковых</p> <p>отделах живота видны расширенные</p> <p>вены, пальпируется край</p> <p>плотной</p> <p>бугристой печени,</p> <p>селезенка</p> <p>увеличена. В отплогих</p> <p>местах</p> <p>определяется жидкость.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Поставьте диагноз.</p> <p>2.Составьте план обследования.</p> <p>3. Дифференциальная диагностика.</p> <p>4. Назначьте лечение.</p> <p>5. Возможные осложнения и</p> <p>их</p> <p>профилактика</p>
--	---	--	---

О К - 8	<p>Готовность</p> <p>к работе в</p> <p>коллективе,</p> <p>толерантно</p> <p>воспринимает</p> <p>социальные</p> <p>, этнические,</p> <p>конфессиональные</p> <p>и культурные различия</p>	<p>СОЦИАЛЬНАЯ</p> <p>МОДЕЛЬ</p> <p>ИНТЕГРАЦИИ</p> <p>ИНВАЛИДОВ</p> <p>В</p> <p>ОБЩЕСТВО</p> <p>А) призывает к интеграции инвалидов</p> <p>В</p> <p>окружающее общество,</p> <p>приспособление условий жизни в обществе</p> <p>Для инвалидов</p> <p>Б)</p> <p>способствует адаптационному подходу</p> <p>К</p> <p>экономике инвалидов</p> <p>В) выступает за изоляцию инвалидов</p> <p>ОП</p> <p>остального общества</p> <p>Г) не имеет значения</p>	<p>Сценарий</p> <p>«Базовая</p> <p>сердечно-легочная</p> <p>реанимация»</p>	<p>Больная 62 лет обратилась в поликлинику.</p> <p>Жалобы: спастические боли в левом подреберье и левой подвздошной области, метеоризм и обильное кишечное газообразование, стул со склонностью к запорам, который больная регулирует диетой с большим содержанием растительной клетчатки.</p> <p>Анамнез заболевания: подобные боли периодически беспокоят в течение 10-12 лет, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал эпизод интенисивных болей той же локализации неделю назад. Вызывала бригаду скорой медицинской помощи, доставившую пациентку в приемное отделение больницы, где была осмотрена врачом-хирургом, выполнены анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование брюшной полости. Острой хирургической патологии не выявили, от госпитализации для обследования отказалась. В последующие дни боли</p>
------------------	--	---	---	---

		<p>В современное время</p>	<p>сохранялись, беспокоили в течение дня и даже ночью, температура тела держалась на уровне 37,2-37,5°C. Самостоятельно без заметного улучшения принимала но-шпу, активированный уголь и левомицетин. Анамнез жизни: росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: простудные, дважды переносила пневмонию, аппендэктомия, последние годы повышение артериального давления, компенсировано до нормотонии приемом нолипрела и конкора. Наследственность: родители умерли в старческом возрасте, старший брат – от рака предстательной железы. Аллергии на медикаменты нет. Вредных привычек нет. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Рост – 160 см, масса тела – 67 кг, индекс массы тела – 26,2 кг/м2. Кожа и слизистые обычной</p>
--	--	------------------------------------	--

				<p>окраски и влажности. Со споры сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный, с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень – по краю реберной дуги. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется.</p> <p>1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)</p> <p>2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)</p> <p>3) Какой диагноз основного заболевания можно поставить пациентке на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования?</p> <p>4) Инструментальное исследование кишечника у данной пациентки следует начать с</p> <p>5) При отсутствии признаков осложнений дифференциальный диагноз дивертикулярной болезни ободочной кишки лучше проводить с использованием</p> <p>6) Осложнение дивертикулеза дивертикулитом следует заподозрить при наличии</p> <p>7) Больной с дивертикулярной болезнью ободочной кишки следует предпочесть</p> <p>8) Для лечения рецидивирующего дивертикулита следует назначить прерывистым курсом в течение года</p> <p>9) При назначении противомикробных препаратов больной с дивертикулярной</p>
--	--	--	--	---

				<p>болезнью ободочной кишки следует предпочесть</p> <p>10) Больным с дивертикулярной болезнью ободочной кишки препараты со спазмолитическим эффектом следует комбинировать с</p> <p>11) Наиболее высок риск осложнений дивертикулеза ободочной кишки у</p>
--	--	--	--	--

				<p>больных</p> <p>12)Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни</p> <p>обеспечивается</p>
	Общепрофессиональные (ОПК)	1	2	3
ОПКС-1	<p>Готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности и использовать информационные, библиографические ресурсы, медико-биологическую терминологию, информационно-коммуникационные технологии и с учетом основных требований информационной безопасности</p>	<p>ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ТИПИЧНА ДЛЯ А) приступа стенокардии напряжения Б) приступа вариантной (вазоспастической) стенокардии В) перикардита Г) аневризмы левого желудочка</p>	<p>Сценарий «Экстренная медицинская помощь»</p>	<p>Больной М., 48 лет, инженер, обратился к врачу.</p> <p>Жалобы: на головную боль в затылочной области, перебои в работе сердца, учащенное сердцебиение</p> <p>Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 8 лет, когда впервые появились головные боли, учащенное сердцебиение.</p> <p>При измерении АД отмечал повышение до 160/100 мм.рт.ст.</p> <p>Постоянной гипотензивной терапии не получал.</p> <p>Последний год стал отмечать перебои в работе сердца, на ЭКГ находили какое-то нарушение ритма, от госпитализации в стационар отказывался. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последних 2 дней, когда возник приступ неритмичного сердцебиения.</p> <p>Анамнез жизни: рос и развивался соответственно возрасту.</p> <p>Профессиональных вредностей нет. Курит по 30-40 сигарет каждый день на протяжении 20 лет, алкоголь не употребляет. Семейный анамнез: отец больного умер от инфаркта миокарда в возрасте 58 лет.</p> <p>Перенесенные заболевания: бронхиальная астма в детском возрасте, язвенная болезнь</p>
ОПКС-2	<p>Готовность к коммуникации в</p>	<p>ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ</p>	<p>Сценарий «Сбор жалоб и анамнеза</p>	

	устной и письменно й формах на русском и иностранны х	БЕЗ ДОКАЗАННЫХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ	на первичн ом приеме врача терапевт а-	<p>двенадцатиперстной кишки.</p> <p>Объективный статус:</p> <p>удовлетворительное. состояние</p> <p>Большой нормального телосложения.</p> <p>ИМТ=26,3кг/м2. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно.</p> <p>Температура тела 36,6°C.</p> <p>Периферические лимфоузлы не увеличены.</p> <p>Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца звучные, ритм неправильный. ЧСС 122</p>
--	---	---	--	---

	<p>м языках</p> <p>для</p> <p>решения</p> <p>задач</p> <p>профессиона</p> <p>а</p> <p>льной</p> <p>деятельнос</p> <p>т</p> <p>и</p>	<p>ВЫСОКИМ</p> <p>СУММАРНЫМ</p> <p>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ</p> <p>РИСКОМ</p> <p>ОСУЩЕСТВЛЯЕ</p> <p>Т</p> <p>А) врач отделения медицинской профилактики, при отсутствии кабинета профилактики, например,</p> <p>В</p> <p>сельской местности – врач-терапевт участковый</p> <p>Б) врач-терапевт участковый</p> <p>В) врач дневного стационара</p> <p>Г) врач-кардиолог</p> <p>поликлиники</p>	<p>участково</p> <p>Г</p> <p>О»</p>	<p>ударов в мин. АД 160/106 мм рт.ст.</p> <p>Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 1х10х9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.</p> <p>1)Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)</p> <p>2) Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)</p> <p>3)Какой диагноз можно поставить данному больному?</p> <p>4)К факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний у больного относится</p> <p>5)Нарушением ритма у пациента является</p> <p>6)Наиболее рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов для лечения пациента является</p> <p>7)Для восстановления синусового ритма этому больному показано назначение</p> <p>8)Для снижения уровня холестерина пациенту показано назначение</p> <p>9)При назначении</p>
--	---	---	-------------------------------------	--

				<p>стапинов</p> <p>необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг</p> <p>10)Шкала CHARDs2-VASC у пациентов с фибрилляцией предсердий позволяет оценить риск развития</p> <p>11)К органам-мишеням, которые поражаются при гипертонической болезни, относятся</p> <p>12)Заболеванием, при котором может возникнуть</p> <p>симптоматическая артериальная гипертензия, является</p>
О П К- З	<p>Способность использовать основные экономические и правовых знаний</p> <p>В</p>	<p>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА</p> <p>ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) федеральными учреждениями</p>	<p>Сценарий «Диспансеризация»</p>	<p>Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.01.2018г.</p> <p>Жалобы: на приступообразную боль в межреберной области спины справа,</p> <p>температуру до 37, 5°C, наличие элементов сыпи.</p>

	<p>профессион а льной деятельнос т и</p>	<p>медико- социальной экспертизы Б) учреждениями медико- социальной экспертизы субъекта РФ В) городскими учреждениями медико- социальной экспертизы Г) фондами ОМС</p>		<p>Анамнез заболевания: С</p> <p>20.01.</p> <p>беспокоит постоянная боль справа, в межреберной области спины, усиливающаяся при движении и</p> <p>прении одеждой. Самостоятельно применил эмульсию диклофенака местно. Вечером отметил познание, подъем температуры до 37,2°C, появления жжения и</p> <p>покраснения между 8 и 9 ребром справа.</p> <p>Утром 21.01. были обнаружены первые элементы мелкой сыпи, которую расценил как аллергическую реакцию. Боль в спине усилилась. Вечером на месте элементов сыпи сформировались пузырьки.</p> <p>Анамнез жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Строитель, последнее время работает на улице • Проживает в отдельной квартире с семьей. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: курение, алкоголь умеренно. • Парентеральный анамнез не отягощен. <p>Объективный статус:</p> <p>Температура тела 37,4 °С. Склеры и кожа вне очага обычной окраски. Язык влажный без налета. Живот мягкий, безболезненный при</p>
--	--	---	--	--

			пальпации.
			Печень и селезенка не увеличены.
			Физиологические
			отправления
			соответствуют норме. АД – 125/70
			мм.рт.ст, ЧСС – 80 уд. в мин. На спине
			между 8 и 9 ребром по ходу нервного окончания, умеренно отечная
			красноватая экзантема, на фоне
			которой регистрируются мелкие
			папулезно-везикулезные
			элементы
			сыпи в виде гроздьев,
			располагающиеся
			на
			гиперемизированном и отёчном
			основании. Часть элементов вскрыта, отделяемое серозное.

				<p>• (+ есть фото к задаче)</p> <p>1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)</p> <p>2) Какой основной диагноз?</p> <p>3) Предшественником данного заболевания является</p> <p>4) Тяжелое течение данного заболевания наблюдается при</p> <p>5) Критерии тяжести при опоясывающем лишае включают</p> <p>6) Неоднократные повторные случаи опоясывающего лишая можно наблюдать у пациентов с</p> <p>7) К основным кожным симптомам, характерным для опоясывающего лишая относятся</p> <p>8) Основными клиническими симптомами, характерными для опоясывающего лишая являются</p> <p>9) К возможным осложнениям опоясывающего герпеса относятся</p> <p>10) Госпитализация при опоясывающем лишае показана</p> <p>11) Схема лечения для данного пациента включает назначение</p> <p>12) Допуск реконвалесцентов опоясывающим лишаемв организованные коллективы детей и взрослых разрешается после</p>
О П К - 4	Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	<p>ВЫБОР ТАКТИКИ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЗАВИСИТ ОТ А)</p> <p>стадии опухолевого процесса жизненного прогноза Б)</p> <p>стадии опухолево</p>	<p>сценарий «Сбор жалоб анамнеза на первичном приеме врача терапевта участкового»</p>	<p>Пациент 25 лет обратился к врачу-терапевту участковому.</p> <p>Жалобы: на</p> <p>•боли в эпигастральной области, возникающие в ночное время; через 2-3 часа после приёма пищи; голодные боли, возникающие натощак и прекращающиеся после приёма пищи;</p> <p>•отрыжку кислым, тошноту.</p> <p>Анамнез заболевания: Данные симптомы беспокоят в течение 5 лет, преимущественно весной и осенью. К врачу не обращался, для уменьшения болей принимает соду, Альмагель.Настоящее ухудшение развилось</p>

		го процесса В) возраста пациента Г) локализации опухоли		10 дней назад, обратился в районную поликлинику. Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Работает программистом.
О П К - 5	Способнос ть и готовность	В ДИНАМИКЕ ГОДОВЫХ	Сценарий «базовая	

	<p>анализировать результаты собственной деятельности и для предотвращения профессиональных ошибок</p>	<p>ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРИОДИЧНОСТИ</p> <p>ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p>А) большинства инфекционных болезней</p> <p>Б) всех неинфекционных болезней</p> <p>В) всех болезней, независимо от их происхождения</p> <p>Г) всех инфекционных болезней</p>	<p>сердечно-легочная реанимация»</p>	<p>•Перенесённые заболевания: пневмония.</p> <p>•Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.</p> <p>•Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).</p> <p>Объективный статус:</p> <p>Состояние удовлетворительное. Рост – 1,72 м, масса тела – 70 кг, индекс массы тела – 23,7 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет, температура тела – 36,3°C. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. Грудная клетка нормостенической формы, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом, живот участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p>
--	---	---	--------------------------------------	---

			<p>Спул со склонностью к запорам (1 раз в 2-3 дня).</p> <p>1) Выберете необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберете 2)</p> <p>2) Выберете необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</p> <p>3) В данной клинической ситуации основным диагнозом является</p> <p>4) Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию</p> <p>5) Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)</p> <p>6) Контроль эрадикации <i>H. pylori</i> после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)</p> <p>7) В период лечения пациенту показано соблюдение рекомендаций по питанию,</p>
--	--	--	--

				<p>соответствующих диете №</p> <p>8) Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данного больного составляют (в днях) 9) Пациент относится к группе состояния здоровья</p> <p>10) Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет раз/раза</p> <p>11) Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет раз/раза</p> <p>12) Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с момента последнего обострения составляет (в годах)</p>
О П К - 6	<p>Готовность к ведению медицинской документации</p>	<p>ОБРАТНЫЙ (ОТРЕЗНОЙ) ТАЛОН «СПРАВКИ</p> <p>ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ</p> <p>НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА № 070/У)</p> <p>ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ А) лечащего</p>	<p>Сценарий «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача-терапевта участкового»</p>	<p>Больной 46 лет обратился в поликлинику.</p> <p>Жалобы: на кожный зуд, желтушность кожи и склер, увеличение живота, отеки нижних конечностей к вечеру.</p> <p>Анамнез заболевания: диагноз цирроза печени был установлен два года назад. Вирусная этиология доказана не была. Алкоголь в умеренных количествах употреблял в молодости. Были исключены и редкие причины цирроза – болезнь Вильсона, гемохроматоз, аутоиммунный и билиарный варианты. Получал курсы урсодезоксихолевую кислоту, адеметионин,</p>

		<p>врача и главного врача санаторно- курортной организации Б)</p> <p>заместителя главного врача по организационно- методической работе санаторно- курортной организации В)</p> <p>председателя врачебной</p>		<p>эссенциальные фосфолипиды.</p> <p>Самочувствие оставалось удовлетворительным до последнего времени. Указанные жалобы начались с зуда кожи около месяца назад.</p> <p>Анамнез жизни: рос и развивался нормально.</p> <p>По профессии — системный администратор.</p> <p>Перенесенные заболевания и операции:</p>
--	--	--	--	--

		<p>комиссии</p> <p>Г) лечащего врача</p> <p>организации,</p> <p>направившей</p> <p>пациента</p> <p>на</p> <p>лечение</p>		<p>простудные, детские инфекции.</p> <p>Наследственность: у матери —</p> <p>сахарный диабет 2 типа, отец в</p> <p>возрасте 57 лет умер от инфаркта миокарда.</p> <p>Аллергии на медикаменты нет.</p> <p>Контакта с токсичными веществами не имеет.</p> <p>Вредные привычки отрицает.</p> <p>Объективный статус:</p> <p>состояние</p> <p>средней тяжести. Рост — 180 см, масса тела — 84 кг, индекс массы тела — 25,9.</p> <p>Кожа и слизистые иктеричны. На коже</p> <p>верхней части грудной клетки</p> <p>единичные телеангиэктазии. Ладони «печеночные». Пастозность стоп.</p> <p>Живот несколько вздут, перкуторно определяется свободная жидкость.</p> <p>Выражена венозная сеть на передне-боковых поверхностях живота. Живот мягкий, чувствительный при пальпации</p> <p>в эпигастрии. Печень перкуторно выступает из правого подреберья на 5 см, край плотно-эластический,</p> <p>селезенка при пальпации не определяется. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены. ЧСС — 80 в мин. АД — 130/80 мм рт.ст. Со стороны легких — без отклонений от нормы.</p> <p>1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 4)</p> <p>2) Выберите необходимые для постановки</p>
--	--	--	--	--

				<p>диагноза</p> <p>инструментальные</p> <p>методы</p> <p>обследования (выберите 3)</p> <p>3) Какой диагноз основного заболевания и его осложнений?</p> <p>4) Наиболее информативным исследованием, уточняющим состояние печени, является</p> <p>5) Наиболее точно подтвердит наличие холестатического синдрома исследование</p> <p>6) Наиболее точно подтвердит наличие цитолитического синдрома исследование</p> <p>7) Для снижения венозного давления в портальной системе назначают</p>
--	--	--	--	--

				<p>8) При выраженном кожном зуде у больных с циррозом печени лучшие результаты достигаются назначением</p> <p>9) Лечение асциты больному следует начать с комбинации</p> <p>10) Мониторинг выраженности синдрома гиперспленизма осуществляют по исследованию</p> <p>11) При исследовании степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью учитывают содержание</p> <p>12) Одним из первых проявлений печеночной энцефалопатии является</p>
О П К- 7	<p>Готовность</p> <p>к</p> <p>использова</p> <p>н</p> <p>ию</p> <p>основных</p> <p>физико-химических , математичес</p> <p>ких и иных естественно</p> <p>научных понятий</p> <p>и</p> <p>методов при решении</p> <p>профессиона</p> <p>льных задач</p>	<p>В</p> <p>ТАБЛИЦЕ SCORE</p> <p>ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОТСУТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ</p> <p>А) глюкозы крови</p> <p>Б) общего холестерина</p> <p>В) систолического АД</p> <p>Г) возраста</p>	<p>Сценарий</p> <p>«Экстрен</p> <p>н</p> <p>ая</p> <p>медицинс</p> <p>к</p> <p>ая</p> <p>помощь»</p>	<p>Юноша 20 лет, студент, обратился в поликлинику.</p> <p>Жалобы: слабость, одышка, массивные отеки лица, стоп, голеней, уменьшение количества мочи, выделяемой за сутки.</p> <p>Анамнеззаболевания: 2,5 недели назад появился насморк, першение в горле, кашель со скудной мокротой серого цвета, общее недомогание.</p> <p>Температуру не измерял, к врачу не обращался, продолжал ходить на занятия. Самостоятельно дважды принимал аспирин, использовал отпривин, сироп от кашля. Через 10 дней от начала заболевания указанные симптомы постепенно стали уменьшаться до полного исчезновения, оставалась небольшая общая слабость.</p>

				<p>Вчера утром внезапно обнаружил</p> <p>появление массивных отеков, отметил,</p> <p>что стал мало мочиться, в связи с чем обратился к терапевту</p> <p>Анамнез жизни: В детстве частые респираторные инфекции (4-5 в год).</p> <p>В 14 лет — аппендэктомия, без осложнений.</p> <p>Страдает</p> <p>атопическим</p> <p>дерматитом с</p> <p>сезонными обострениями,</p> <p>использует</p> <p>кортикостероидные мази. 1-2 раза в неделю беспокоят головные боли,</p> <p>которые связывает с перегрузками в университете, купирует приемом</p> <p>пенталгина. При прохождении</p> <p>медицинских осмотров изменений в анализах мочи, биохимическом анализе</p>
--	--	--	--	--

				<p>крови никогда не отмечалось. Повышения артериального давления, гипергликемии никогда не отмечалось. Среди ближайших прямых родственников заболеваний почек не было. Не курит. С физическими нагрузками на уроках физкультуры всегда справлялся</p> <p>удовлетворительно. Спортсом не занимается.</p> <p>Объективный статус: Состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 82 кг (до болезни 77-78 кг), Кожные покровы бледные, чистые. Слизистая стенок зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Массивные отеки лица, стоп и голеней. Отеки симметричные, равномерные, умеренной плотности, при надавливании легко образуется отчетливая «ямка». Гиперемии, гипертермии кожи в месте формирования отеков не отмечается. При перкуссии – тупой звук над нижними отделами легких, справа – до угла лопатки, слева – на 2 см ниже. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижние отделы не проводится, крепитации нет, хрипы не выслушиваются, перкуторно – приглушение звука в нижних отделах (гидроторакс). ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 105/65 мм рт.ст. При перкуссии живота определяется умеренное количество жидкости в брюшинной полости. Живот мягкий, безболезненный. В проекции аорты, почечных артерий шумов не выслушивается. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Мочиспускание безболезненное. Диурез не измерял. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.</p> <p>1) Выберите необходимые для</p>
--	--	--	--	---

				<p>постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)</p> <p>2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы</p>
--	--	--	--	---

				<p>обследования</p> <p>3) Наиболее вероятной причиной отеков у данного пациента является</p> <p>4) Наиболее вероятным нозологическим диагнозом у данного больного является</p> <p>5) Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у данного пациента соответствует следующей стадии хронической болезни почек</p> <p>6) Оптимальной тактикой ведения данного пациента является</p> <p>7) Диета для данного больного должна предусматривать</p> <p>8) Основные требования, предъявляемые к водно-солевому режиму у данного больного, включают</p> <p>9) Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита с изолированным нефротическим синдромом и сохранной функцией почек применяются</p> <p>10) При нефротическом синдроме внутривенная инфузия донорского альбумина должна проводиться пациентам с</p> <p>11) Методом исследования, на основании которого строится современная классификация хронического гломерулонефрита и определяется тактика лечения, является</p> <p>12) Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием</p>
О П К - 8	<p>Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных</p>	<p>У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОБКРАДЫВАНИЯ, НЕ РЕКОМЕНДОВАНО</p>	<p>Сценарий «Неотложная помощь»</p>	<p>Пациентка 56 лет обратилась к врачу-терапевту участкового.</p> <p>Жалобы: на кашель с трудноотделяемой вязкой желтоватой мокротой, повышение температуры тела до 37,3°C, слабость, недомогание.</p> <p>Анамнез заболевания: 48 лет беспокоит хронический кашель со скудным количеством светлой мокроты в утренние часы.</p>

	<p>веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач</p>	<p>А Н ПРИМЕНЕНИЮ А) дипиридамо Б) никорандил В) рабепразол Г) домперидон</p>	К		<p>• В течение последних 3 лет ежегодно, не менее 4 раз переносила эпизоды бронхолегочной инфекции (усиление кашля с отделением гнойной мокроты на фоне простудных заболеваний).</p> <p>• Настоящее ухудшение в течение 4</p>
--	---	---	---	--	---

				<p>дней — на фоне простудного заболевания (боли в горле, першение, заложенность носа) усилился кашель, увеличилось количество мокроты, которая приобрела желтоватый оттенок.</p> <p>Анамнез жизни: росла и развивалась нормально.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Работает кассиром. • Перенесённые заболевания: пневмония, частые ОРВИ. • Наследственность и аллергоанамнез не опягощены. • Вредные привычки: курит с 18-летнего возраста (30 сигарет в день). <p>Объективный статус: общее состояние средней тяжести, температура тела — 37,2°C. Нормостенического телосложения, рост — 160 см, масса тела — 56 кг, индекс массы тела — 21,9 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка правильной формы, при перкуссии лёгких — лёгочный звук, при аускультации — жёсткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие базовые хрипы в умеренном количестве, ЧДД — 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС — 78 в минуту. АД — 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.</p> <p>1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)</p> <p>2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 3)</p> <p>3) В данной клинической</p>
--	--	--	--	--

				<p>ситуации основным диагнозом</p> <p>является 4) Факторами</p> <p>риска обострения</p> <p>заболевания у пациентки</p> <p>являются курение и</p> <p>5) В связи с частыми</p> <p>ежегодными обострениями</p> <p>заболевания у больной</p>
--	--	--	--	--

				<p>повышен риск развития</p> <p>6) Для лечения обострения заболевания показано комбинированное назначение</p> <p>7) Пациентка относится к _____ группе</p> <p>состояния здоровья</p> <p>8) Ориентировочные _____ сроки</p> <p>нетрудоспособности _____ составляют _____ (в днях)</p> <p>9) Пациентке _____ показано _____ проведение вакцинации _____ против пневмококковой инфекции и</p> <p>10) Кратность _____ ежегодного посещения врача-терапевта _____ в _____ рамках _____ диспансерного наблюдения _____ больного _____ хроническим бронхитом _____ с _____ обострениями _____ заболевания _____ более 3 раз в год составляет раз/раза</p> <p>11) _____ Лабораторные исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом _____ включают клинический анализ крови и</p> <p>12) Инструментальные исследования _____ при _____ диспансерном наблюдении _____ больного _____ хроническим бронхитом включают спирометрию и</p>
О П К - 9	<p>Способность к</p> <p>оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных</p>	<p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ</p> <p>ПРИ НАЛИЧИИ</p> <p>А) _____</p> <p>ворсинчатого полипа</p> <p>Б) _____</p> <p>запоров</p> <p>В) _____</p> <p>геморроя</p> <p>Г) болезни Крона</p>	<p>Сценарий «Экстренная медицинская помощь»</p>	<p>Первородящая _____ 35 _____ лет поступает с регулярной _____ родовой деятельностью: схватки через 5 минут по 35 секунд, воды излились 30 мин назад. По УЗИ - предполагаемая масса плода 4000 г.</p> <p>Размеры таза: _____ 25-28-30-20 _____ см.</p> <p>Положение плода _____ продольное, предлежит _____ тазовый _____ конец _____ плода, прижатый ко входу в малый таз.</p> <p>Сердцебиение _____ плода _____ ясное, _____ 140 уд/мин. Вагинально: шейка _____ матки _____</p> <p>сглажена, раскрытие шейки матки 4 см. Плодного пузыря нет. Предлежит ягодичы. _____ Диагональная _____ коньюгата _____ 12,5 см.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Поставьте диагноз.</p> <p>2. Дайте оценку акушерской ситуации.</p> <p>3. _____ Наиболее _____ рациональная _____ тактика ведения вашей роженицы.</p> <p>4. _____ Почему _____ роды _____ при _____ тазовом</p>

	на льных задач			преддежании считаются патологическими? 5. Возможные осложнения второго
--	-------------------	--	--	--

				периода родов при тазовом предлежании?
О П К - 1 о	Готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи	ВЕНОЗНУЮ КРОВЬ ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ БРАТЬ А) всегда в перчатках Б) без перчаток В) используя перчатки по желанию или необходимости Г) используя перчатки только по необходимости	У Сценарий «Экстренная медицинская помощь»	Девушка 20 лет. Половой жизнью живет нерегулярно. Консультируется по поводу контрацепции. Объективно: нормостенического телосложения, соматически здорова. Менструальный цикл регулярный, через 30 дней, по 5 дней. На лице угревая сыпь. Вопросы: 1. Подберите метод контрацепции. 2. Поясните свой выбор 3. Какой метод контрацепции может предохранить от инфекции? 4. С какой целью высчитывается индекс Перля? 5. Что обозначает термин «планирование семьи»?
О П К - 1 1	Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ А) спирометрия Б) бронхоскопия В) компьютерная томография Г) пикфлоуметрия	Сценарий «Физикальное обследование»	
	Профессиональные (ПК)е	1	2	3
П К - 1	Способность и готовность к	ГРУППОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ	Сценарий «Физикальное обследование»	На приём к врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет. Жалобы: на интенсивные давящие

<p>осуществл ен ию комплекса мероприят и й, направлен н ых на сохранени е и укреплени е здоровья и включающ и х в себя формирова н не здорового</p>	<p>(ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ) ОРГАНИЗУЕТС Я В ПОЛИКЛИНИК Е ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ А) II – III групп здоровья Б) I группы здоровья В) I–II групп здоровья Г) всех прех групп здоровья</p>	<p>ва ние»</p>	<p>боли за грудиной накануне ночью, приступ длился около 2-х часов, приём ибупрофена без эффекта. На давящие и сжимающие боли за грудиной и одышку по дороге в поликлинику, боли проходили в покое; из-за частых остановок дорога в поликлинику вместо 10 минут заняла полчаса. Анамнез заболевания: в течение последних 2-х лет отмечает повышение АД до 180/100 мм рт.ст., по этому поводу обращался к врачу, однако рекомендованные препараты не принимает. При нерегулярных</p>
--	--	----------------	--

	<p>образа</p> <p>жизни, предупреж А ение</p> <p>возникнове н ия и (или) распростра н ения заболевани й, их</p> <p>раннюю диагностик у, выявление</p> <p>причин</p> <p>и условий</p> <p>их возникнове н ия</p> <p>и развития, а</p> <p>также</p> <p>направленн ых</p> <p>на устранение вредного</p> <p>влияния</p> <p>на здоровье человека</p> <p>факторов среды</p>			<p>измерениях АД 140-150/80-90 мм рт.ст.</p> <p>Тогда же при обследовании выявлено повышение уровня общего холестерина до 7,4 ммоль/л и ЛПНП до 4,0 ммоль/ л,</p> <p>лечение по этому поводу не назначалось — соблюдает диету.</p> <p>В течение 4-х лет страдает сахарным</p> <p>диабетом 2 типа, наблюдается у эндокринолога, принимает метформин 500 мг * 2 раза в день. На фоне терапии</p> <p>гликемия натощак 6,0-7,0 ммоль/ л, гликозилированный гемоглобин — 6,7%.</p> <p>Анамнез жизни: рос и развивался</p> <p>нормально. Работает продавцом в магазине мужской одежды.</p> <p>•Перенесённые заболевания: миокардит в детстве; хронический гастрит, обострения весной/осенью не чаще 1 раза в год; аппендэктомия в 18</p> <p>лет.</p> <p>•Наследственность: отец умер от инфаркта миокарда в 52 года, мать —</p> <p>СД 2 типа.</p> <p>•Аллергоанамнез: аллергических реакций не было.</p> <p>•Вредные привычки: курит с 15 лет (20-</p>
--	---	--	--	---

	его обитания			<p>30 сигарет в день).</p> <p>Объективный статус: состояние</p> <p>тяжелое. Нормального питания, рост 1,89 м, вес 112 кг, индекс массы тела 31,35 кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких —</p> <p>лёгочный звук, при аускультации — везикулярное</p> <p>Дыхание,</p> <p>мелкопузырчатые влажные хрипы в небольшом количестве в нижних отделах обоих лёгких (ниже угла лопатки), частота дыханий — 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 50 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.</p> <p>1)Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами</p>
--	-----------------	--	--	--

				<p>обследования являются</p> <p>2) Необходимыми для постановки диагноза</p> <p>инструментальными методами</p> <p>обследования являются</p> <p>3) Какой диагноз можно поставить данному больному?</p> <p>4) Осложнением основного заболевания является</p> <p>5) К сопутствующим патологиям пациента относятся</p> <p>6) Тактика врача первичного звена заключается в</p> <p>7) Антиагрегантная терапия на первом (догоспитальном) этапе лечения этого пациента включает в себя приём</p> <p>8) Продолжительность приёма двойной антиагрегантной терапии в этой ситуации должна составлять не менее _____ месяцев</p> <p>9) Помимо антитромботиков в схему лечения пациента должны входить препараты из групп _____</p> <p>10) Целевые значения ЛПНП у данного пациента составляют менее _____ ммоль/л</p> <p>11) В течение острого периода заболевания уровень гликемии у пациента должен быть менее _____ ммоль/л</p> <p>12) В плане вторичной профилактики пациент должен изменить свой образ жизни, а именно _____</p>
<p>П</p> <p>К</p> <p>-</p> <p>2</p>	<p>Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров.</p> <p>диспансеризации</p>	<p>ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ДОКАЗАННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СУММАРНЫМ СЕРДЕЧНО-</p>	<p>Сценарий «Диспансеризация»</p>	<p>Пациентка Ш., 80 лет. За последние 2 месяца похудела на 15 килограмм. Беспокоит задержка стула более 5 суток. Была однократная рвота в течение 24 часов. В течение 1 года периодически появляется «ленгвидный» кал. При осмотре живот вздут, в левой подвздошной области пальпируется плотное несмещаемое, безболезненное образование 10х8 см.</p>

	<p>осуществл ен ию диспансер но го наблюден ия</p>	<p>СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОСУЩЕСТВЛЯ ЕТ А) врач отделения</p>		<p>Вопросы:</p> <p>1.Поставьте диагноз.</p> <p>2.Составьте план обследования.</p> <p>3. Дифференциальная диагностика.</p> <p>4. Назначьте лечение.</p>
--	--	--	--	---

		<p>медицинской</p> <p>профилактики, при отсутствии кабинета профилактики, например,</p> <p>В</p> <p>сельской местности – врач-терапевт участковый</p> <p>Б) врач-терапевт участковый</p> <p>В) врач дневного стационара</p> <p>Г) врач-кардиолог поликлиники</p>		<p>5. Возможные осложнения и их профилактика.</p>
<p>п</p> <p>к</p> <p>-</p> <p>з</p>	<p>Способность</p> <p>ь</p> <p>и</p> <p>готовность</p> <p>к</p> <p>проведени</p> <p>ю</p> <p>противоэпи</p> <p>д</p> <p>емических</p> <p>мероприяти</p> <p>й,</p> <p>организац</p> <p>и</p> <p>защиты</p> <p>населения в</p> <p>очагах</p> <p>особо</p> <p>опасных</p> <p>инфекций,</p> <p>при</p> <p>ухудшении</p>	<p>к</p> <p>ВИДАМ</p> <p>МЕДИЦИНСКО</p> <p>й</p> <p>ПОМОЩИ,</p> <p>ПРЕДУСМОТРЕ</p> <p>Н</p> <p>НЫМ</p> <p>НА</p> <p>ДОГОСПИТАЛЬ</p> <p>Н</p> <p>ОМ ЭТАПЕ ПРИ</p> <p>КРУПНОМАСШ</p> <p>Т</p> <p>АБНОЙ</p> <p>КАТАСТРОФЕ,</p> <p>ОТНОСЯТ</p> <p>А)</p> <p>первую</p> <p>медицинскую,</p> <p>доврачебную,</p> <p>первую</p> <p>врачебную</p> <p>Б)</p>	<p>Сценарий</p> <p>«Базовая</p> <p>сердечно-</p> <p>легочная</p> <p>реанимац</p> <p>и</p> <p>я»</p>	<p>Мужчина 37 лет обратился</p> <p>к</p> <p>участковому врачу-терапевту.</p> <p>Жалобы: на одышку при доступных ранее нагрузках и быструю утомляемость</p> <p>Анамнез заболевания: самочувствие ухудшилось несколько дней назад после злоупотребления алкоголем</p> <p>Анамнез жизни: хронических заболеваний в анамнезе нет, не курит, регулярное злоупотребление алкоголем отрицает,</p> <p>профессиональных вредностей не имеет, аллергических реакций не было.</p> <p>Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 180 см,</p>

радиационн о й	любую, которую можно использовать	масса тела 82 кг. Кожные покровы
обстановки,	В)	обычной окраски и
стихийных	первую врачебную	влажности. Периферических отеков нет. Дыхание
бедствиях и иных чрезвычайн	и квалифицированн у ю Г)	везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1
ых	первую медицинскую	мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС
ситуациях	и доврачебную	112 в 1 мин, пульс 96 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.
		1)К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся (выберите 2)
		2)К необходимым для выяснения причины аритмии лабораторным исследованиям относятся определение в крови уровня (выберите 2)
		3)Выявленное нарушение ритма

				<p>является</p> <p>4)Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как 5)Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является</p> <p>6) Для оценки риска тромбозомболических осложнений следует использовать шкалу</p> <p>7) Оценка риска тромбозомболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASC равна</p> <p>8) Постоянная медикаментозная профилактика тромбозомболических осложнений у данного пациента 9)Восстановление синусового ритма можно провести не ранее, чем через _____ адекватной антикоагулянтной терапии</p> <p>10) Восстановление синусового ритма без трехнедельной антикоагулянтной подготовки возможно, если</p> <p>11) До восстановления синусового ритма для уменьшения ЧСС можно использовать;</p> <p>12) После восстановления синусового ритма прием антикоагулянтов следует</p>
<p>П</p> <p>К</p> <p>-</p> <p>4</p>	<p>Способность и готовность к применению социально-гигиенических и методик сбора и медико-статистических анализов</p>	<p>АКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РАБОТАЮЩИХ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВРЕДНЫХ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА,</p>	<p>Сценарий «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача терапевта участкового от 0»</p>	<p>Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту Жалобы: на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое, боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке, усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение, дискомфорт в правом подреберье, отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота, перебои в работе сердца и учащенное</p>

	<p>информац ии о показателя х здоровья населения</p>	<p>ОТНОСИТСЯ К</p> <hr/> <p>ДИСПАНСЕР НЫМ ОСМОТРАМ А) периодическим Б) предварительн ым В) целевым Г)</p>		<p>сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость.</p> <p>Анамнез заболевания: около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 180/110 мм рт.ст. Около 10 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Регулярно</p>
--	--	---	--	---

		профилактически м		<p>проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут., дабигапран 110 мг 2 р/д, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 6 месяцев после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последних 6 недель отметил постепенное нарастание одышки, отеков, увеличение в объеме живота, снижение переносимости физической нагрузки. Рацион питания не менял.</p> <p>Анамнез жизни: рос и развивался нормально, работал слесарем, вредные привычки отрицает, семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа. Объективный статус: состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Т тела 36,5°C. Симметричные отеки стоп и голей до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя - по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны 67</p>
--	--	----------------------	--	---

				<p>ослаблены, аритмичные. Дефицита</p> <p>пульса нет. ЧСС – 74-80 удара в</p> <p>минуту. АД 150/90 мм рт.ст.</p> <p>Живот</p> <p>увеличен в размере за счет</p> <p>подкожно-</p>
--	--	--	--	--

				<p>жировой клетчатке и асцит: отмечается припухлость перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14х13х11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.</p> <p>1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)</p> <p>2) Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)</p> <p>3) Какой предполагаемый основной диагноз?</p> <p>4) Для оценки симптомов ФП целесообразно использовать шкалу с дальнейшим указанием в диагнозе</p> <p>5) При лечении больного для уменьшения застойных явлений и увеличения толерантности к физическим нагрузкам следует использовать</p> <p>6) Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента , которые отсутствуют в ранее назначенной терапии</p> <p>7) Основной целью приема дабигаатрана у данного больного является профилактика</p> <p>8) Тактика диуретической терапии при стационарном лечении данного пациента должна заключаться в 9) Препаратом выбора для контроля ЧСС у данного больного является</p> <p>10) Советы по коррекции образа жизни, которые следует дать больному после выписки из стационара, заключаются в 11) К диетическим рекомендациям,</p>
--	--	--	--	--

				<p>выполнение которых НЕ целесообразно в отношении данного больного, относится 12) Сывороточным маркером, определение которого необходимо для расчета СКФ, является</p>
--	--	--	--	---

п к - 5	<p>Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, х. инструментальных, патолого-анатомических и их исследований и в целях распознавания состояния или установленный факт наличия или отсутствия</p>	<p>ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ</p> <p>УЧАСТКОВЫЙ</p> <p>МОЖЕТ</p> <p>ЗАПОДОЗРИТЬ</p> <p>ОТСЛОЙКУ</p> <p>СЕТЧАТКИ ПРИ</p> <p>А) жалобах на внезапное появление «занавески» в поле зрения</p> <p>Б) наличии близорукости</p> <p>В) повышении внутриглазного давления</p> <p>Г) нарушении сумеречного зрения</p>	<p>Сценарий</p> <p>«Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача терапевта - участкового го»</p>	<p>Больная, 28 лет впервые обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия наступления беременности, в течение 1,5 лет. В анамнезе: замужем 1,5 года, от беременности не предохраняется. Муж обследован, здоров. Менструации у пациентки не регулярные, через 35-42 дней.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает. Осмотр без особенностей.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Поставьте диагноз.</p> <p>2. Дайте определение бесплодному браку.</p> <p>3. Причины возникновения данной патологии.</p> <p>4. Какие дополнительные исследования вы порекомендуете?</p> <p>5. Методы лечения.</p>
------------------	---	---	---	---

	заболевани я			
п к - 6	Способност ь к определени ю у пациента основных патологиче с ких состояний, симптомов. синдромов заболевани й, нозологиче с ких форм в соответствии и Междунаро А ной статистичес кой классифика ц ией болезней и	ПРЕДВАРИТЕЛЬ НЫЙ ДИАГНОЗ У МУЖЧИНЫ 68 ЛЕТ С ВЫЯВЛЕННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВА ННОЙ ЛИМФАДЕНОП А ТИЕЙ, СПЛЕНОМЕГАЛ ИЕЙ И ЛЕЙКОЦИТАМИ 84Х10 ⁹ /Л (П/Я 2, С/Я 18, Л 72, М 8) А) хронический лимфолейкоз Б) идиопатический миелофиброз В) хронический миелолейкоз Г) болезнь Ходжкина	Сценарий «Физикал ь ное обследова ние»	Больной Н., 46 лет обратился к врачу с жалобами на периодически возникающие боли в левой половине живота. В кале появляются слизь, прожилки изменённой крови. Была выполнена ректороманоскопия — патологии не выявлено. Выполнена ирригоскопия — при заполнении просвета ободочной кишки контрастом выявлены множественные округлые просветления (дефекты заполнения) с ровными контурами в проксимальном отделе сигмовидной кишки. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Составьте план обследования. 3. Дифференциальная диагностика. 4. Назначьте лечение. 5. Возможные осложнения и их профилактика.

	проблем, связанн ых со здоровье м, X пересмотра			
П К - 7	Готовност ь к проведени ю экспертиз ы временной нетрудосп ос обности, участию в проведени и медико- социально й экспертиз ы, констатац ии биологиче ск ой смерти человека	НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПО СО БНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО А) частнопрактику ющих врач при наличии соответствующе й лицензии Б) врач, не состоящий в штате медицинской организации (индивидуальны й предпринимател ь, осуществляющи й медицинскую деятельность) В) врач станции переливания крови Г) врач «скорой медицинской помощи»	Сценарий «Базова я сердечн о- легочна я реанима ции я»	Больной 20 лет, студент, обратился в поликлинику по месту жительства. Жалобы: на постоянные пияющие боли в поясничной области справа (иногда слева), усиливающиеся при физической нагрузке, длительной ходьбе или пребывании в положении «стоя», а также к концу дня. Анамнез заболевания: с детского возраста имеет дефицит массы тела, в возрасте 15 лет вырос на 25 см за 6 месяцев. В средней школе занимался в секции волейбола, в течение последних 2 лет 2 раза в неделю занимается на батуте; кроме того, с целью набора мышечной массы в течение 3 месяцев 3 раза в неделю посещает тренажерный зал (тренировки на силовых тренажерах). Указанные жалобы появились примерно с 15 лет, в течение последних 6 месяцев усилились. После тренировки несколько раз было зафиксировано повышение артериального давления до 150/90 мм рт. ст. 3 дня назад после занятия на силовых тренажерах отметил появление мочи красноватого цвета. На следующий день цвет мочи нормализовался.
П К - 8	Способнос ть к определен ию тактики ведения пациентов с различны ми	ПРИ КРОВЯНИСТЫ Х ВЫДЕЛЕНИЯХ ИЗ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫЦЕЛЕ СО ОБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ А)	Сценарий «Экстр ен ая медицин ск ая помощь »	Боль в поясничной области ослабевает в ночное время. Анамнез жизни: родился недоношенным с низкой массой тела, в дальнейшем рос и развивался нормально в соответствии с возрастом, перенесенные заболевания и операции: детские инфекции - ветряная оспа,

	<p>нозологич ес кими формами</p>	<p>цитологическо го исследования отделяемого Б) маммографии В) дуктографии Г) ультразвукового исследованиямо ло чных желез</p>		<p>наследственность не отягощена, вредные привычки: отрицает. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Рост 180 см, вес 59 кг, ИМТ — 18,2 кг/м2. Телосложение астеническое. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отеков нет.</p>
п к	Готовность	<p>Для ЛЕЧЕНИЯ</p>	Сценарий	

<p>9</p>	<p>к ведению и лечению пациентов с различным и нозологиче с кими формами в амбулаторн ых условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>АРТЕРИАЛЬНО Й ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧН О СТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ А) эналаприл Б) верапамил В) нифедипин Г) бисопролол</p>	<p>«Диспанс е ризация»</p>	<p>Определяется гипермобильность суставов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс регулярный, хорошего наполнения. ЧСС 72 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. В положении лежа пальпация затруднена из-за хорошо развитых мышц брюшного пресса. В положении стоя пальпируется правая почка, пальпация безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурия отсутствуют. Стул оформленный, ежедневный. 1)Выберите основные лабораторные методы обследования, необходимые для постановки диагноза (выберите 4) 2)Выберите основные инструментальные методы обследования, необходимые для постановки диагноза на амбулаторном этапе (выберите 2) 3)Наиболее вероятным</p>
-----------------	--	--	------------------------------------	--

4) у	данного пациента			<p>диагнозом</p> <p>является</p> <p>факторами,</p> <p>развитию</p> <p>нефроптоза, являются</p> <p>5) О функциональном характере протеинурии у данного пациента</p> <p>свидетельствуют</p> <p>6) К функциональной протеинурии</p> <p>помимо ортостатической относят</p> <p>протеинурию при</p> <p>7) Развитие болей в области почек при нефроптозе связывают с возможным</p> <p>8) I степень нефроптоза диагностируют, когда при рентгеновском исследовании нижний полюс почки опущен на позвонка/ позвонков</p> <p>9) Участковому терапевту следует</p> <p>направить данного пациента</p> <p>10) Консервативное лечение пациента заключается в</p> <p>11) Хирургическое лечение нефроптоза</p> <p>требуется при нефроптозе</p>
------	------------------	--	--	--

				12) Условием для присоединения пиелонефрита, развития гидронефроза при нефроптозе является
п к - т о	Готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих	ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ НОСА НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НЕОБХОДИМО А) произвести переднюю тампонаду носа и назначить гипотензивную терапию Б) произвести переднюю тампонаду носа В) произвести заднюю тампонаду носа Г)	Сценарий «Неотложная помощь»	Вызов врача на дом к пациентке 65 лет Жалобы: на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой половины лица, чувство жжения и распирания в ней. Анамнез заболевания: заболела вечером остро с озноба, повышение температуры тела до 38,2°C, головной боли, слабости, лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом, утром заметила отек и покраснение в области щек и носа. Анамнез жизни: Пенсионерка. Проживает в отдельной квартире с дочерью и внуком. • Данным заболеванием болеет первый раз. • Вредные привычки: отрицает. • За несколько дней до заболевания

	экстренной медицинск о й помощи	положить больного в горизонтальное положение	<p>пациента перенесла ОРВИ, после</p> <p>которого на слизистой носа оставались корочки и трещинки</p> <p>Объективный статус: Температура тела 38,2°C.</p> <p>•В области щек и носа яркая эритема с четкими неровными контурами в виде зубцов. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненна при пальпации, имеются мелкие геморрагии, отек лица.</p> <p>•Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации.</p> <p>•АД – 140/80 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.</p> <p>•В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.</p> <p>•Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>•Очаговой и менингеальной симптоматики нет.</p> <p>1) Составьте план лабораторного обследования данной пациентки для</p>
--	--	--	--

				<p>подтверждения</p> <p>предполагаемого диагноза (выберите 2)</p> <p>2) Какой основной диагноз?</p> <p>3) Диагностическим</p> <p>критерием местного очага воспаления</p> <p>при роже является эритема</p> <p>4) К первичным элементам</p> <p>рожистого очага относятся</p> <p>5) К провоцирующим факторам</p> <p>при роже относятся</p> <p>6) Предрасполагающим фактором</p> <p>для возникновения рожи является</p> <p>7) К общим осложнениям</p> <p>рожи относятся</p> <p>8) Для лечения</p> <p>первичной неосложненной рожи</p> <p>применяют</p> <p>9) В комплексном лечении</p> <p>рожи используют</p> <p>10) Вариантом</p> <p>бициллинопрофилактики при</p> <p>роже является</p> <p>11) Показанием для</p> <p>профилактического назначения</p> <p>бициллина-5 больным рожей</p> <p>является</p> <p>12) Методом профилактики рецидивов</p> <p>рожи является</p>
<p>п</p> <p>к</p> <p>-</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>Готовность</p> <p>к участию в</p> <p>оказании</p> <p>скорой</p> <p>медицинск</p> <p>о</p> <p>й</p> <p>помощи</p> <p>при</p> <p>состояниях,</p> <p>требующих</p> <p>срочного</p>	<p>ТАКТИКА</p> <p>ЛЕЧЕНИЯ</p> <p>ПРИ</p> <p>РАЗВИТИИ</p> <p>ФИБРИЛЛЯЦИИ</p> <p>ЖЕЛУДОЧКОВ</p> <p>У</p> <p>БОЛЬНОГО</p> <p>С</p> <p>ОСТРЫМ</p> <p>ТРАНСМУРАЛЬ</p> <p>Н</p> <p>ЫМ</p> <p>ПЕРЕДНЕ-</p> <p>ПЕРЕГОРОДОЧ</p>	<p>Сценарий</p> <p>«Экстрен</p> <p>н</p> <p>ая</p> <p>медицинс</p> <p>к</p> <p>ая</p> <p>помощь»</p>	<p>Вызов врача на дом к пациентке 42 лет</p> <p>на 2-й день болезни.</p> <p>Жалобы: на повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук.</p> <p>Анамнез заболевания: заболела остро,</p>

медицинск ог о вмешательс т ва	Н ЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА А) произвести дефибрилляцию Б) ввести строфантин В) ввести пропранолол Г) ввести кордарон	боли, поношоты, многократной рвоты (до 4-х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области, позже присоединились схваткообразные боли по всему животу, частый водянистый стул до 15-ти раз, температура тела поднялась до 38,7°C. Больная отметила нарастающую слабость, головокружение при вставании, чувство жажды. Анамнез жизни: работает на хлебопекарном комбинате.
---	--	--

				<p>Аллергоанамнез: не опягощен.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (2 года назад). Гинекологический анамнез не опягощен. •Вредные привычки: отрицает. •Не замужем, детей нет. Проживает в отдельной квартире. •Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома и на работе. Выяснено, что ежедневно по утрам выпивает по два сырых перепелиных яйца. <p>Объективный статус: Температура тела 38,3°C.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Кожные покровы бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника. •Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу тонкого кишечника. Определяется урчание. Сигма безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. •АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин. •Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз. •Диурез снижен. •Судороги мышц кистей, кратковременные. <p>1)Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3) 2)Какой диагноз можно предположить у данной больной?</p> <p>3)У данной больной определяется степень обезвоживания</p> <p>4)Дифференциальную диагностику сальмонеллеза</p>
--	--	--	--	---

				<p>следует проводить с 5) Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется степенью обезвоживания и 6) Тактика ведения данного больного</p>
--	--	--	--	--

				<p>включает</p> <p>7) Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения включает назначение</p> <p>8) Средством для пероральной регидратации при сальмонеллезе является</p> <p>9) Средством для парентеральной регидратации при сальмонеллезе является</p> <p>10) При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза целесообразно назначение</p> <p>11) Правил выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после сальмонеллеза является</p> <p>12) Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекцией, составляет</p>
П К - 12	<p>Готовность к ведению физиологической беременности, приему родов</p>	<p>НАЧАЛО РОДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А) появлением регулярных схваток Б) опхождением околоплодных вод В) опхождением слизистой пробки Г) появлением схваток</p> <p>Брекстона-Гикса</p>	<p>Сценарий «Физикальное обследование»</p>	<p>Первородящая 22 лет поступила в родильный дом по поводу срочных родов. Схватки через 2-3 минуты по 40-45 секунд, хорошей силы. Околоплодные воды не изливались. В родах 12 часов. Размеры таза 25-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка в полости малого таза. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные 136 уд/мин. Вагинально: раскрытие шейки матки полное, плодный пузырь цел, вскрылся при осмотре, излились светлые околоплодные воды в количестве 200 мл. Головка на тазовом дне. Малый родничок у лона, стреловидный шов в прямом размере. Начались потуги.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Диагноз.</p>

				<p>2. Тактика врача.</p> <p>3. Средняя продолжительность периодаизгнанияу первородящих.</p> <p>4. Какова продолжительность и частота потуг при нормальном течении родового акта?</p>
--	--	--	--	--

				5. Тактика врача во втором периоде родов.
п К - 1 3	<p>Готовность</p> <p>к участию в</p> <p>оказании</p> <p>медицинск о й</p> <p>помощи</p> <p>при</p> <p>чрезвычайн</p> <p>ых ситуациях.</p> <p>в</p> <p>том</p> <p>числе</p> <p>участие</p> <p>в</p> <p>медицинск о й</p> <p>эвакуации</p>	<p>АНТИДОТОМ</p> <p>ПРИ</p> <p>ОТРАВЛЕНИИ</p> <p>МЕТИЛОВЫМ</p> <p>СПИРТОМ</p> <p>И</p> <p>ЭТИЛЕНГЛИКО Л</p> <p>ЕМ</p> <p>(ТОРМОЗНОЙ ЖИДКОСТЬЮ)</p> <p>ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) этиловый</p> <p>спирт</p> <p>Б)</p> <p>гидрокарбонат</p> <p>натрия</p> <p>В)</p> <p>перманганат</p> <p>калия</p> <p>Г) атропин</p>	<p>Сценарий</p> <p>«Базовая</p> <p>сердечно-</p> <p>легочная</p> <p>реанимац</p> <p>и</p> <p>я»</p>	<p>Мужчина 68 лет обратился на прием в поликлинику.</p> <p>Жалобы: на ноющую, давящую, сжимающую боль за грудinou, отдающую в левую руку, возникающую на фоне повседневной (пройтись до автобусной остановки, подняться на второй этаж) физической нагрузки, купирующуюся самостоятельно после прекращения нагрузки. На периодическое повышение артериального давления, максимально до 200/180 мм ртт.стт, адаптирован к 140/80 мм ртт.стт.</p> <p>Анамнез заболевания:</p> <p>Болевой синдром в грудной клетке начал беспокоить около 10 лет назад.</p> <p>Эпизоды возникали редко (до 1-2 раз в год), только на фоне чрезмерной нагрузки. По этому поводу однократно был консультирован терапевтом на профосмотре, рекомендованную терапию не принимал, не обследовался.</p> <p>Во время приступа</p>

				<p>болей</p> <p>самостоятельно, однократно пробовал принимать нитроглицерин, однако в связи с возникшей головной болью в дальнейшем от препарата отказался. Настоящее ухудшение около месяца назад, когда впервые стал ощущать прогрессивное</p> <p>снижение</p> <p>переносимости физических нагрузок, возникновение приступов</p> <p>загрудинных</p> <p>болей на фоне незначительной</p> <p>нагрузки (подъем на 1 лестничный пролет). В связи с этим обратился на прием к терапевту поликлиники.</p> <p>Повышение артериального давления</p> <p>беспокоит около 15 лет, по этому поводу не обследовался, постоянная гипотензивная терапия не назначалась.</p> <p>Перенесенные инсульты и инфаркты отрицает.</p> <p>Анамнез жизни: рос и развивался нормально. Работает учителем труда в школе. Перенесённые заболевания,</p> <p>ремиссия;</p>
--	--	--	--	---

				<p>хронический гастрит, ремиссия; трансуретральная резекция предстательной железы (по поводу ДГПЖ). Наследственность: отец – смерть в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда, старший брат – в 2016 году перенес операцию аортокоронарного шунтирования.</p> <p>Аллергоанамнез: аллергия на пенициллин (отек Квинке). Вредные привычки: курение – стаж 45 лет, бросил месяц назад.</p> <p>Объективный статус: Состояние средней степени тяжести. Телосложение гиперстеническое, рост 1,95 м, вес 105кг, индекс массы тела 27.6кг/м2. Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, в области верхушки сердца выслушивается систолический шум малой интенсивности. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, над всей поверхностью легочных полей выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. 1) Выберите наиболее правильное сочетание лабораторных методов обследования, необходимое для постановки диагноза</p> <p>2) Для постановки диагноза из инструментальных методов обследования</p>
				87

				<p>предпочтительно провести</p> <p>3) Какой основной диагноз?</p> <p>4) К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относятся</p> <p>5) У данного пациента можно заподозрить следующее сопутствующее заболевание респираторной системы</p> <p>6) Для предотвращения развития</p>
--	--	--	--	--

				<p>сердечно-сосудистых событий</p> <p>данному пациенту необходимо назначить следующие группы препаратов</p> <p>7)Терапиястабильной ишемической болезни сердца первой линии для контроля ЧСС и симптомов</p> <p>подразумевает назначение короткодействующих нитратов и</p> <p>8)Терапиястабильной ишемической болезни сердца второй линии для контроля ЧСС и симптомов</p> <p>подразумевает сочетание таких препаратов как</p> <p>ивабрадин/никорандил/ ранолазин/ приметазидин и</p> <p>9)У пациента со стабильной ишемической болезнью сердца (с точки зрения эффективности и безопасности) оптимальной является доза аспирина</p> <p>мг/сут</p> <p>10)В случае данного, конкретного пациента должно быть достигнуто целевое значение уровня ЛПНП менее</p> <p>ммоль/л или уменьшение более чем на 50% от исходного, если невозможно достичь уровня ЛПНП</p> <p>в</p> <p>ммоль/л</p> <p>11)У пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией</p> <p>предпочтительно использование следующей комбинации препаратов 12)Вы направили пациента в специализированный стационар, для проведения инвазивной коронароангиографии.</p> <p>Пациент находится в очереди на госпитализацию. Больные</p>
				89

				со стенокардией наблюдаются врачом-кардиологом поликлиники с частотой визитов до _____ раз в год.
П К - 14	Готовнос ть к определе нию ю необходи мо сти применен ия природных	ПОКАЗАНИЯ К САНАТОРНО- КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИ И ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Х КИШЕЧНИКА А) период	Сценарий «Диспанс е ризация	Мужчина 58 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Жалобы: на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин (3 таблетки под язык последовательно через 5 мин.) без эффекта, общую слабость.

	<p>лечебных факторов, лекарственных ой, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинском ой реабилитаци и санаторно-курортном лечении</p>	<p>ремиссии Б) смена времени года В) обострение заболевания Г) дообследование пациента</p>		<p>Анамнез заболевания: в течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжения (I-II ФК). На ЭКГ 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 в мин., выявлена депрессия сегмента ST II, III, AVF, V5-6, что расценено как снижение кровоснабжения в области нижне-боковой стенки левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бета-адреноблокатором (биспролол), ингибитором АПФ (эналаприл), статином. Утром резкие боли за грудиной. Попытки купировать приступ нитроглицерином без эффекта. Анамнез жизни: Рос и развивался нормально.</p>
<p>П К - 15</p>	<p>Готовность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля</p> <p>основных физиологических показателей, способствующих сохранению и укреплению</p>	<p>В</p> <p>ПИТАНИИ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРВОЕ МЕСТО СРЕДИ ОГРАНИЧЕНИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ</p> <p>Е</p> <p>А) поваренной соли Б) растительных жиров В) углеводов Г) воды</p>	<p>Сценарий «Дистансация»</p>	<p>•Образование высшее. •Работает, предприниматель. •Наследственность: отец умер от ИМ в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдает ИБС, АГ. •Аллергологический анамнез не отягощен. •Вредные привычки: курил около 40 лет по 1/2 - 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. Объективный статус: общее состояние тяжелое.</p> <p>Кожные покровы бледные, влажные. ИМТ=28 кг/м2. ЧДД – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 50 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков нет.</p> <p>1)Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования (выберите 3) 2)При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка</p>

	здоровья. профилакти и ке заболевани ий			необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ з)Большого необходимо 4) Какой основной диагноз? 5) Для стратификации риска неблагоприятного исхода необходимо
П К - 16	Готовнос ть к	из УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА	Сценарий «Диспанс е	

	<p>просветите</p> <p>А</p> <p>ьской</p> <p>деятельнос</p> <p>т</p> <p>и</p> <p>по</p> <p>устранению</p> <p>факторов</p> <p>риска</p> <p>и</p> <p>формирова</p> <p>н</p> <p>ию</p> <p>навыков</p> <p>здорового</p> <p>образа</p> <p>жизни</p>	<p>ЗДОРОВЬЕ,</p> <p>НАИБОЛЕЕ</p> <p>ЗНАЧИМЫМ,</p> <p>СОГЛАСНО</p> <p>ДАННЫМ</p> <p>ВОЗ,</p> <p>ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) образ жизни</p> <p>Б)</p> <p>здравоохранение</p> <p>В)</p> <p>наследственность</p> <p>Г) внешняя среда</p>	<p>ризация»</p>	<p>определить сумму баллов по шкале</p> <p>6)Пациенту необходимо выполнить</p> <p>7)Больному в возможно более ранние</p> <p>сроки необходимо назначить двойную</p> <p>антиагрегационную терапию</p> <p>В</p> <p>нагрузочной дозе</p> <p>8)Пациенту показан/показано</p> <p>9)В качестве</p> <p>антиишемического</p> <p>препарата необходимо назначить</p> <p>10)Пациенту необходимо</p> <p>назначить</p> <p>аторвастатин в дозе _____ мг/сут</p> <p>11)Двойная антиагрегационная</p> <p>терапия</p> <p>показана пациенту в течение _____ мес.</p> <p>12)Помимо диеты с</p> <p>ограничением</p> <p>употребления животных жиров</p> <p>и</p> <p>легкоусвояемых углеводов</p> <p>пациенту</p> <p>необходимо рекомендовать</p>
<p>п</p> <p>К</p> <p>-</p> <p>1</p> <p>7</p>	<p>Способност</p> <p>ь</p> <p>к</p> <p>применени</p> <p>ю</p> <p>основных</p> <p>принципов</p> <p>организаци</p> <p>и</p> <p>и</p> <p>управления</p> <p>в</p> <p>сфере</p> <p>охраны</p>	<p>Для</p> <p>РАСЧЕТА</p> <p>ПОКАЗАТЕЛЕЙ</p> <p>ДЕЯТЕЛЬНОСТ</p> <p>и</p> <p>СКОРОЙ</p> <p>МЕДИЦИНСКО</p> <p>й</p> <p>ПОМОЩИ</p> <p>ИСПОЛЬЗУЕТС</p> <p>Я</p> <p>А) отчет станции,</p> <p>отделения</p> <p>(больницы)</p>	<p>Сценарий</p> <p>«Сбор</p> <p>жалоб</p> <p>и</p> <p>анамнеза</p> <p>на</p> <p>первично</p> <p>м</p> <p>приеме</p> <p>врача</p> <p>терапевта</p> <p>-</p> <p>участково</p>	<p>Больная 3., 57 лет, юрист, обратилась</p> <p>К</p> <p>врачу-терапевту участковому</p> <p>Жалобы: на боли в эпигастральной</p> <p>области опоясывающего</p> <p>характера,</p> <p>тошноту, однократную</p> <p>рвоту,</p> <p>многократный жидкий стул, сухость</p> <p>во</p> <p>рту, жажду</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>Считает себя больной в течение 5 лет,</p> <p>когда впервые появились боли</p>

	здоровья	скорой медицинской	Г О»	В эпигастральной области, возникающие после приема жирной пищи (жареная упка, порп со взбитыми сливками), выраженная диарея, сохраняющаяся до 5 дней, при болях принимала но-шпу, мезим. Отмечает появление диареи при небольшой погрешности в диете, употреблении жирной жареной пищи, пирогов, обострения заболевания бывают 3-4 раза в год. В течение последнего года стала отмечать жажду и сухость во рту, диагностирован сахарный диабет. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда после употребления жареной картошки с курицей появились опоясывающие боли в эпигастрии, возникла диарея до 7 раз в сутки, однократно была рвота съеденной пищей. Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Бытовые
	граждан,	помощи (ф.40)		
	В медицинск и х	Б) дневник работы станции		
	организац и х и их структурны х подразделе н иях	(отделения) скорой медицинской помощи (п5/у) В) журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (ф. по/у)		

			<p>условия хорошие. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: отец пациентки умер в возрасте 59 лет от меланомы кожи. Перенесенные заболевания: в возрасте 46 лет оперирована по поводу желчно-каменной болезни, проведена эндоскопическая холецистэктомия. На протяжении последних 7 лет диагностирована гипертоническая болезнь, с максимальными подъемами АД до 162/100 мм.рт.ст. постоянно принимает лизиноприл 10 мг 2 раза в день.</p> <p>Объективный статус: Состояние удовлетворительное.</p> <p>Больная гипертонического телосложения, избыточного питания. ИМТ=30,3 кг/м². Температура тела 36,6°C.</p> <p>Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Границы сердца в норме, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 132/80 мм рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптом Ортнера отрицательный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Размеры печени по Курлову 9х8х7см. Селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.</p> <p>1.Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)</p> <p>2.Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)</p> <p>3. Какой диагноз можно</p>
--	--	--	--

				<p>поставить данной больной?</p> <p>4. К возможным осложнениям основного заболевания относится 5. Сочетанным заболеванием у пациентки является</p> <p>6. Пациентке необходимо назначить</p> <p>7. Для коррекции гипергликемии больной показано назначение</p>
--	--	--	--	---

				<p>8. Показателем определения компенсации сахарного диабета является</p> <p>9. К выявленным синдромам у пациентки относится</p> <p>10. Наиболее вероятной причиной возникновения гипергликемии у данной пациентки является</p> <p>11. К внепанкреатическим источникам гиперамилаземии и гиперамилазурии относятся</p> <p>12. Препаратами выбора для лечения гипертонической болезни у данной больной являются</p>
п К - 1 8	<p>Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ К ФОРМЕ А) государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности Б) ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности В) внутреннего</p>	<p>Сценарий «Диспансеризация»</p>	<p>Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту участкового с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приёма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чёрный «деттеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Язык обложен белым налётом, влажный. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные,</p>

		<p>контроля качества</p> <p>и</p> <p>безопасности</p> <p>медицинской</p> <p>деятельности</p> <p>Г)</p> <p>вневедомственн</p> <p>о</p> <p>контроля</p> <p>качества</p> <p>и</p> <p>безопасности</p> <p>медицинской</p> <p>деятельности</p>	<p>ритмичные, ЧСС – 88 ударов в</p> <p>минуту,</p> <p>АД – 100/70 мм рт. ст.</p> <p>Живот</p> <p>напряженный, резко</p> <p>болезненный</p> <p>локально в зоне Шофара. Симптомы</p> <p>раздражения брюшины</p> <p>отрицательные.</p> <p>Спул чёрный</p> <p>«дегтеобразный».</p> <p>Мочеиспускание не нарушено.</p> <p>Клинический анализ крови:</p> <p>гемоглобин</p> <p>– 100 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$;</p> <p>лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$; палочкоядерные</p> <p>– 4%; сегментоядерные –</p> <p>61%;</p> <p>эозинофилы – 1%; лимфоциты – 30%;</p> <p>моноциты – 4%; СОЭ – 20 мм/час.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Предположите наиболее вероятный</p> <p>диагноз.</p> <p>2. Обоснуйте поставленный</p> <p>Вами</p>
--	--	---	---

				<p>диагноз.</p> <p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p> <p>4. Какой группы противоязвенных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в стартовой терапии? Обоснуйте свой выбор.</p> <p>5. Через 2 недели терапии выявлены признаки рубцевания язвы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</p>
<p>П К - 19</p>	<p>Способность ь к организац ии медицинск ой помощи при чрезвычай ных ситуациях, в том числе медицинск ой эвакуации</p>	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО- ЭВАКУАЦИОН НОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙН ЫХ СИТУАЦИЯХ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫ М ЯВЛЯЕТСЯ А) применение двухэтапной системы оказания помощи Б) проведение полного комплекса мероприятий в зоне чрезвычайной ситуации В) трёхэтапная система оказания помощи Г) оказание только специализирован ной медицинской помощи</p>	<p>Сценарий «Базова я сердечн о- легочна я реанима ция»</p>	<p>Повторнородящая, 32 года, роды II.</p> <p>Первые роды в срок 4 года назад плодом массой 3400 г без осложнений. В родах 10 часов. Схватки через 1-2 минуты по 50 секунд, матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. 15 минут назад появились кровянистые выделения из половых путей.</p> <p>АД 120/65 мм.рт.ст. Размеры большого таза 25-27-31-18,5 см. ОЖ- 104см., ВДМ-38 см. Сердцебиение плода глухое, 150-160 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия. РВ: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Диагноз.</p> <p>2. Обоснование диагноза, дифференциальный диагноз.</p> <p>3. Оцените данные размеры таза, повторно их измерив. Определите величину CV, симптом Вастена.</p> <p>4. Рассчитать массу плода.</p> <p>5. О каком осложнении свидетельствует появление кровянистых выделений. Дальнейшая тактика.</p>

П К - 20	Готовность к анализу и публичному представлению	ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХАРАКТЕРИЗУЕ	Сценарий «Дистансеризация»	Большая 54 лет обратилась в поликлинику. Жалобы: боли в левой подвздошной области тянущего характера,
-------------------	---	-------------------------------------	----------------------------	---

	ию медицинск о й информаци и на основе доказатель н ой медицины	ТСЯ А) комплексом мероприятий, направленных на предупреждение рождения или зачатия детей с наследственными заболеваниями Б) комплексом мероприятий, направленных на предотвращение развития унаследованного заболевания В) фенотипической коррекцией дефекта Г) комплексом мероприятий, направленных на предупреждение		склонность к запорам — стул через день, иногда через 2 дня. Анамнез заболевания: Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал совет врача-гинеколога провести исследование кишечника, поскольку была отмечена выраженная болезненность при вагинальном исследовании. Анамнез жизни: росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия, перелом лучевой кости в типичном месте два года назад. Наследственность: родители умерли в старческом возрасте. Аллергии на медикаменты нет. Вредных привычек нет. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Рост — 163 см, масса тела — 66 кг, индекс массы тела —
--	--	--	--	---

	<p>прогрессирования</p> <p>наследственного</p> <p>заболевания</p>		<p>24,8 кг/м2. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке.</p> <p>Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень – по краю реберной дуги.</p> <p>Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется.</p> <p>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования</p> <p>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)</p> <p>3. Какой диагноз основного заболевания можно поставить больной на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования?</p> <p>4. Инструментальное исследование кишечника данной пациентке следует</p>
--	---	--	--

				<p>начать с</p> <p>5. Болевые ощущения у пациентки в первую очередь следует дифференцировать с</p> <p>6. Развитие дивертикулита следует заподозрить при наличии</p> <p>7. Больной с дивертикулезом ободочной кишки следует рекомендовать</p> <p>8. При развитии дивертикулита в качестве базисного противовоспалительного средства следует назначить</p> <p>9. Больной с дивертикулезом ободочной кишки, осложнившимся дивертикулитом, следует назначить</p> <p>10. Больным с дивертикулезом ободочной кишки препараты со спазмолитическим эффектом следует комбинировать с</p> <p>11. Наиболее высок риск кишечных кровотечений у больных с</p> <p>12. Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается</p>
П К - 21	Способность к участию в проведении и научных исследований	<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ПОКАЗАТЕЛЯМИ</p>	<p>Сценарий «Экстренная медицинская помощь»</p>	<p>1. Мужчина 52 лет обратился в поликлинику к участковому врачу-терапевту для прохождения планового осмотра (диспансеризации)</p> <p>Жалобы: не предъявляет</p> <p>Анамнез заболевания: в течение 3 лет при самоконтроле регистрируются значения АД 145-150/90-95 мм рт. ст. Антигипертензивную терапию не получает. Наличие сахарного диабета, перенесенные инфаркт миокарда, инсульт, отрицает. Курит по 20 сигарет в день на протяжении 30 лет. Работает механиком, толерантность к физической нагрузке высокая.</p>

		<p>А) интенсивности</p> <p>Б) экстенсивности</p> <p>В) наглядности</p> <p>Г) обеспеченности</p>		<p>Аллергоанамнез не опягощен</p> <p>Объективный статус:</p> <p>удовлетворительное. состояние Вес 78 кг,</p> <p>рост 176 см (ИМТ=25,2 кг/м2). Кожные</p> <p>покровы и видимые слизистые</p> <p>обычной окраски. В легких дыхание</p> <p>жесткое, хрипы не выслушиваются.</p> <p>ЧДД 16 в мин. Тоны</p> <p>сердца</p> <p>ритмичные, звучные. ЧСС 72</p> <p>уд./мин.,</p>
--	--	---	--	---

				<p>АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена.</p> <p>1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 4)</p> <p>2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся (выберите 3)</p> <p>3. Какой диагноз можно поставить данному больному?</p> <p>4. Так как у пациента в биохимическом анализе крови выявлено, что уровень общего холестерина составляет 6,7 ммоль/л., то следующим этапом исследования является</p> <p>5. Оценкой величины сердечно-сосудистого риска у этого пациента является шкала</p> <p>6. Вариантом, отражающим правильный подход к началу антигипертензивной терапии является</p> <p>7. К антигипертензивным препаратам первой линии можно отнести 8. Дополнительными препаратами, которые должны быть назначены пациенту, являются</p> <p>9. Мероприятия по изменению образа жизни у этого пациента включают</p> <p>10. Гиполипидемическую терапию статинами для этого пациента необходимо проводить</p> <p>11. Терапию антигипертензивными препаратами для этого пациента необходимо проводить</p> <p>12. К возможным методам лечения никотиновой зависимости у этого пациента относятся</p>
п К - 2	Готовность к участию во	ЦИТОГЕНЕТИЧ Е СКОЕ	Сценарий «Экспресс н	<p>Пациентка 65 лет обратилась к врачу-терапевту участкового.</p>

2	<p>внедрении</p> <p>новых</p> <p>методов</p> <p>и</p> <p>методик,</p> <p>направленн</p> <p>ых</p> <p>на</p> <p>охрану</p> <p>здоровья</p>	<p>ИССЛЕДОВАНИ</p> <p>Е</p> <p>НАЗНАЧАЕТСЯ</p> <p>ДЛЯ</p> <p>ПОДТВЕРЖДЕН</p> <p>И</p> <p>Я ДИАГНОЗА</p> <p>А)</p> <p>заболеваний,</p> <p>обусловленных</p> <p>изменением числа</p>	<p>ая</p> <p>медицинс</p> <p>к</p> <p>ая</p> <p>ПОМОЩЬ»</p>	<p>Жалобы: на кашель с</p> <p>трудноотделяемой мокротой жёлтого</p> <p>цвета, повышение температуры тела</p> <p>до</p> <p>38,2°C, одышку при незначительной</p> <p>физической нагрузке,</p> <p>учащённое</p> <p>сердцебиение, отёки ног, озноб,</p> <p>общую</p> <p>слабость, головную боль.</p> <p>Анамнез заболевания: Заболела</p> <p>остро</p>
---	---	--	---	--

	граждан	и структуры хромосом Б) мультифакториаль ных заболеваний В) наследственных заболеваний обмена веществ Г) наследственных заболеваний соединительной ткани		<p>после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2°C, появились кашель с мокротой жёлтого цвета, озноб, общая слабость. Одновременно отметила усиление одышки при ходьбе и в ночные часы. С</p> <p>50 лет страдает артериальной гипертонией с повышением АД до 170/110 мм рт.ст. В 60 лет перенесла инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST с локализацией в передне-перегородочной области левого желудочка. С 63 лет присоединилась одышка при обычной физической нагрузке, отёки</p> <p>ног. Постоянно принимает и статины и ацетилсалициловую кислоту, нерегулярно — ингибиторы АПФ, тиазидовые диуретики.</p> <p>Анамнез жизни: росла и развивалась нормально. Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия. Наследственность и аллергоанамнез: без особенностей. Вредные привычки: отрицает. Объективный статус: Общее состояние средней тяжести, температура тела — 38,2°C. Гипертенического телосложения, рост — 158 см, масса тела — 72 кг, индекс массы тела — 28,8 кг/м², периферические лимфоузлы не увеличены, отёчность стоп и нижней трети голеней. Дыхание поверхностное, ЧДД — 20 в минуту. При сравнительной перкуссии легких отмечается приглушение перкуторного звука в подлопаточных областях с обеих сторон. При аускультации в зонах приглушения выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС — 100 в минуту. АД — 160/95 мм</p>
--	---------	--	--	---

				<p>рт.ст. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под рёберной дуги на 3 см. Симптом поколачивания</p>
--	--	--	--	---

				<p>отрицательный. Стули</p> <p>мочеиспускание не нарушены.</p> <p>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)</p> <p>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)</p> <p>3) В данной клинической ситуации основным диагнозом является</p> <p>4) В данной клинической ситуации к сопутствующей патологии можно отнести</p> <p>5) В данной клинической ситуации наблюдение и лечение пациентки следует проводить в</p> <p>6) В качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии пациентке показано внутривенное введение</p> <p>7) Для лечения сопутствующей патологии данной пациентке показано назначение комбинации</p> <p>8) Вторичная профилактика пневмонии включает проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и</p> <p>9) Пациентка относится к группе состояния здоровья</p> <p>10) Целевым значением систолического артериального давления для пациентки является мм рт.ст.</p> <p>11) Целевым значением диастолического артериального давления для пациентки является мм рт.ст.</p> <p>12) Суточный объем потребляемой жидкости для данной пациентки не должен превышать л</p>
--	--	--	--	---

ЧЕК ЛИСТ

Проверяемый навык «Неотложная медицинская помощь»

Дата _____ ФИО студента _____

№	Действия студента	Отметка о выполнении	
		А	НЕТ
1	Установление контакта с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)		
2	Идентификация пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)		
3	Уточнение самочувствия пациента		
4	Информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)		
5	Уточнение анамнеза		
6	Гигиеническая обработка рук мед. персонала перед началом		
7	Подготовка рабочего места (убедиться, что всё необходимое (16 предметов) есть заранее)		
8	Проверка материалов (объём, однородность, целостность, срок годности шприца, доп. иглы, лотка, пинцета, ампулы)		
9	Контроль назначения (назначение и надписи на ЛС совпадают)		
10	Обеспечение индивидуальной защиты (правильный внешний вид)		
11	Правильное положение пациента и выбор руки (осмотр обеих рук, защита от падений, рука с опорой на поверхность)		
12	Правильная подготовка стерильного лотка		
13	Правильная сборка шприца		
14	Правильная подготовка ватных шариков (в т.ч. надеть перчатки)		
15	Правильное (и безопасное) вскрытие ампулы		
16	Безопасный набор ЛС		
17	Правильная смена иглы для набора		
18	Правильное позиционирование руки пациента и правильное наложение венозного жгута		
19	Обеспечение наполнения вены		

2 0 .	Правильная обработка инъекционного поля (круговые движения от центра к периферии, двукратно)		
2 1 .	Контроль отсутствия воздуха в шприце с ЛС		
2 2 .	Правильное позиционирование шприца в рабочей руке (удерживая канюлю иглы, игла срезом вверх, канюля шприца максимально близка к поверхности руки пациента)		
2 3 .	Правильное позиционирование второй руки (обхватывая предплечье пациента)		
2 4 .	Правильная венепункция (сохраняя первоначальное позиционирование шприца, под углом 15 градусов, с первого раза)		
2 5 .	Соблюдение правил асептики и антисептики при венепункции (после обработки к месту инъекции ничем, кроме иглы не касались)		
2 6 .	Правильная контрольная тракция (сохраняя первоначальное позиционирование шприца)		
2 7 .	Правильное снятие жгута (сохраняя первоначальное позиционирование шприца)		

2 8 .	Правильная повторная тракция жгута (сохраняя первоначальное позиционирование шприца)		
2 9 .	Правильное введение АС (сохраняя первоначальное позиционирование шприца, уточняя самочувствие пациента)		
3 0 .	АС вводилось только после появления крови при повторной контрольной тракции или при предпринятии стандартных мероприятий в случае, если это не произошло		
3 1	Правильное извлечение иглы (с использованием шарика)		
3 2 .	Правильная утилизация шприца (не разбирая)		
3 3 .	Правильное наложение давящей повязки (с визуальным контролем отсутствия гематомы)		
3 4 .	Правильный инструктаж пациента о дальнейших действиях		
3 5 .	Правильная уборка инвентаря		
3 6 .	Правильное снятие перчаток		
3 7 .	Обработка рук мед. персонала после манипуляции		
3 8 .	Сделать отметку в медицинской документации о выполненной манипуляции		
3 9 .	Не нарушал правил асептики, антисептики		
4 0 .	Не нарушал правил утилизации расходных материалов (утилизировал сразу по мере возникновения отхода и в правильный контейнер)		
4 1 .	Не делал другие нерегламентированные и небезопасные действия		
4 2 .	Субъективное благоприятное впечатление эксперта		

Ф.И.О. члена ГЭК _____

подпись _____

Приложение 2.

ЧЕК ЛИСТ

Проверяемый навык «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача терапевта-участкового»

Дата _____ ФИО студента _____

№	Действия студента	Отметка о выполнении	
		ДА	НЕТ
1	Установление контакта: Приветствие		
2	Забота о комфорте пациента		
3	Самопрезентация		
4	Согласие на расспрос		
5	Идентификация личности пациента		
6	Расспрос: Открытый вопрос (вначале)		
7	Начало расспроса с фразы «На что жалуетесь?»		

8	Слушание		
9	Обобщение		
10	Скрининг		
11	Учёт мнения пациента		
12	Использование открытых вопросов		
13	Предложение своих вариантов		
14	Серия вопросов		
15	Выстраивание отношений в процессе общения: Зрительный контакт		
16	Перебивание		
17	Обращение к пациенту		
18	Комментирует и оценивает поведение пациента		
19	Поза		
20	Эмпатия		
21	Выдерживание пауз		
22	Фасилитация ответа пациента		
23	Результат коммуникации		
24	Уточняющие вопросы		

Ф.И.О. члена ГЭК _____ подпись _____

Приложение 3.

ЧЕК ЛИСТ

Проверяемый навык «Физикальное
обследование»

Дата _____ ФИО студента _____

№	Действия студента	Отметка о выполнен ии	
		ДА	НЕТ
1	Установление контакта с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)		
2	Идентификация пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)		
3	Уточнение самочувствия пациента		
4	Информированное согласие пациента на проведение осмотра		
5	Подготовка оборудования		
6	Гигиеническая обработка рук медицинского персонала до начала		
7	Правильное позиционирование пациента (лежа, с приподнятым изголовьем под 45 градусов)		
8	Оценка признаков хронической гипоксии (сказать о необходимости оценить кожные покровы и руки, надавить на кончик ногтя)		

9	Правильный осмотр поверхностных сосудов (попросить пациента повернуть голову на бок, использовать источник света, яремные вены)		
10	Правильная оценка параметров пульса на лучевых артериях (сначала на обеих руках, затем на одной не менее 10 сек, смотря на часы)		
11	Правильное измерение ЧДД (продолжая делать вид, что оценивает пульс, положив другую руку на живот или грудь)		

1 2 .	Правильная оценка параметров пульса на сонных артериях (поочередно с двух сторон)		
1 3 .	Правильная оценка параметров пульса на бедренных артериях (сперва с обеих сторон, затем одновременно с лучевой)		
1 4 .	Приступить к измерению АД (правильно задав вопросы о факторах, изменяющих показатели АД)		
1 5 .	Правильное исследование прекардиальной области		
1 6 .	Правильная пальпация пульсации крупных артерий		
1 7 .	Правильная аускультация в точке митрального клапана (совместно с пальпацией сонной артерией)		
1 8 .	Правильная аускультация в точке аортального клапана (совместно с пальпацией сонной артерией)		
1 9 .	Правильная аускультация в точке легочного клапана (совместно с пальпацией сонной артерией)		
2 0 .	Правильная аускультация в точке трикуспидального клапана (совместно с пальпацией сонной артерией)		
2 1 .	Правильная аускультация сонных артерий		
2 2 .	Оценка признаков венозного застоя		
2 3 .	Аускультация митрального клапана с изменением положения пациента (на левом боку, вертикально, с одновременной пальпацией сонной артерии)		
2 4 .	Правильная аускультация легких (симметричные участки, спереди, сбоку и сзади)		
2 5 .	Правильное общение с пациентом о завершении исследования		
2 6 .	Приведение оборудования в порядок		
2 7 .	Обработка рук мед персонала после манипуляции		
2 8 .	Заполнение письменного заключения		
2	Верное заключение (соответствующее номеру задания)		

9			
.			
3	Не проводилось обследование стоя		
0			
.			
3	Пациента информировали о ходе исследования		
1			
.			
3	Не делал другие нерегламентированные и небезопасные действия		
2			
.			
3	Субъективное благоприятное впечатление эксперта		
3			
.			

Ф.И.О. члена ГЭК _____подпись _____

Приложение 4.

ЧЕК ЛИСТ

Проверяемый навык «Диспансеризация»

Дата _____ФИО студента _____

№	Действия студента	Отметка	
		о выполнен ии	
		ДА	НЕТ

1	Установление контакта с пациентом поздороваться, представиться, · обозначить свою роль, предложить присесть)		
2	Идентификация пациента (попросить пациента представиться, · чтобы сверить с мед. документацией)		
3	Уточнение самочувствия пациента ·		
4	Информированное согласие пациента на проведение осмотра (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)		
5	Подготовка оборудования (заранее убедиться, что всё необходимое · есть в наличии)		
6	Правильный внешний вид (аккуратные ногти и отсутствие · украшений)		
7	Нанесение мыльного состава после смачивания рук ·		
8	Правильная обработка рук мыльным составом (не менее 30 сек, · ладони, тыл ладоней, межпальцев, ногтевые ложа о ладони, большой палец, кончики пальцев о центр ладони)		
9	Правильное завершение обработки рук (не касаться крана, · одноразовое полотенце, утилизация полотенца)		
10	Правильное позиционирование пациента (облокотиться на спинку · стула) ·		
11	Оценка признаков хронической гипоксии (сказать о · необходимости оценить кожные покровы и руки) ·		
12	Правильное измерение ЧСС (на лучевой артерии, не менее 10 сек, 2 смотря на часы, тремя пальцами) ·		
13	Правильное измерение ЧД (продолжая делать вид, что оценивает · пульс, положив другую руку на живот или грудь) ·		
14	Правильная оценка носового дыхания ·		
15	Правильный осмотр грудной клетки (предложить пациенту · раздеться, правильно озвучить результаты о форме, типе, ритме · и т.п.)		
16	Правильная пальпация грудной клетки (эластичность, голосовое · дрожание, озвучить результаты)		
17	Правильная сравнительная перкуссия грудной клетки спереди ·		
18	Правильная сравнительная перкуссия грудной клетки сбоку ·		
19	Правильная сравнительная перкуссия грудной клетки сзади ·		
20	Правильная аускультация легких (симметричные участки, ·		

о	спереди, сбоку и сзади)		
2	Предложить пациенту одеться		
1			
2	Приступить к измерению АД (правильно задав вопросы о факторах, изменяющих показатели АД)		
2	Правильно позиционировать пациента для измерения АД (удобно, опора спины, ноги не скрещены, рука на поверхности, пациент расслаблен и спокойно дышит, нет валика из одежды на руке)		
3			
2	Правильно выбрана манжета		
4			
2	Правильно проверен тонометр		
5			
2	Правильно наложена манжета (без складок одежды, на плече, выше на 2-2,5 см локтевой ямки, под манжетой проходит два пальца)		
6			
2	Правильно проведена пальпаторная проба нагнетания манжеты		
7			
1			

2 8 .	Правильно проведенное измерение (мембрана не касается манжеты, нагнетание выше на 30 мм.рт.ст. от пробного, медленный спуск воздуха - 2-3 мм.рт.ст., сообщение результата пациенту)		
2 9 .	Попытка повторного измерения АД		
3 0 .	Правильное общение с пациентом о завершении исследования		
3 1	Приведение оборудования в порядок		
3 2 .	Обработка рук мед. персонала после манипуляции		
3 3 .	Не проводилось обследование стоя		
3 4 .	Не проводилось измерение АД стоя и/или рука на вису		
3 5 .	Результаты измерения АД не округлялись		
3 6 .	Пациента информировали о ходе исследования		
3 7 .	Не делал другие нерегламентированные и небезопасные действия		
3 8 .	Субъективное благоприятное впечатление эксперта		

Ф.И.О. члена ГЭК _____ подпись _____

Приложение 5.

ЧЕК ЛИСТ

Проверяемый навык «Экстренная медицинская помощь»

Дата _____ ФИО студента _____

№	Действия студента	Отметка о выполнении или	
		ДА	НЕТ

1	Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотреться, жест безопасности)		
2	Оценить сознание		
3	Обеспечить наличие укладки (в т.ч. призвать помощников)		
4	Надеть перчатки		
5	А - Правильно оценить проходимость дыхательных путей		
6	В - Правильно и полно оценить функции легких (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, ЧДД, трахея, вены шеи)		
7	Обеспечить правильное положение пациента (в соответствии с его состоянием)		
8	Правильно обеспечить кислородотерапию (по показаниям) SpO2 менее 94%		
9	Не применять другие методы коррекции состояния дыхательной системы		
10	С - Правильно и полно оценить деятельность сердечно-сосудистой системы (периферический пульс, АД, аускультация сердца, ЭКГ, забор крови, симптом белого пятна, цвет кожных покровов)		

1	1	:верное наложение электродов		
1	1	:правильная интерпретация ЭКГ		
3	1	D - Правильно и полно оценить неврологический статус (реакция зрачков, глюкометрия и правильная её интерпретация, оценка тонуса мышц)		
4	1	E - Правильно и полно оценить показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голени и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование)		
5	1	Правильно вызвать помощь специалистов (СМП)		
6	1	Скорая медицинская помощь вызывалась только после получения информации о состоянии пациента		
7	1	Применение правильного и полного набора ЛС		
8	1	Использован оптимальный способ введения		
9	1	Использованы верные дозировки		
10	2	Использовано верное разведение ЛС		
11	2	A повт- Проводилось повторное обследование проходимости дыхательных путей		
12	2	B повт- Проводилось повторное обследование функции легких		
13	2	C повт- Проводилось повторное обследование сердечно-сосудистой системы		
14	2	D повт- Проводилось повторное обследование неврологического статуса		
15	2	E повт- Проводилось повторное обследование показателей общего состояния		
16	2	Последовательность ABCDE-осмотра		
17	2	Приоритетность введения ЛС		

7 .			
2 8 .	Использовались не показанные лекарственные препараты (нашатырный спирт и др.)		
2 9 .	Доктор комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)		

Ф.И.О. члена ГЭК _____ подпись _____

Приложение 6.

ЧЕК ЛИСТ

Проверяемый навык «Базовая сердечно-легочная реанимация»

Дата _____ ФИО студента _____

№	Действия студента	Отметка
		о выполнен ии

		ДА	НЕТ
1	Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего		
2	Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи		
3	Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?»		
4	Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!»		
5	Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего		
6	Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки		
7	Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути Определить признаки жизни		
8	Приблизить ухо к губам пострадавшего		
9	Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего		
1	Считать вслух до 10		
0	Вызвать специалиста (СМП) по алгоритму		
1	Факт вызова бригады		
1	• Координаты места происшествия		
2	• Количество пострадавших		
3	• Пол		
4	• Примерный возраст		
5	• Состояние пострадавшего		
6	• Предположительная причина состояния		
7	• Объем Вашей помощи		
1	Подготовка к компрессиям грудной клетки		
1	Встать на колени сбоку от пострадавшего лицом к нему		
9	Освободить грудную клетку пострадавшего от одежды		
0	Основание ладони одной руки положить на центр грудной клетки		
1	пострадавшего		
2	Вторую ладонь положить на первую, соединив пальцы обеих рук в замок		
2	Время до первой компрессии		
3	Компрессии грудной клетки		
2	30 компрессий подряд		
4	• Руки спасателя вертикальны		
5	• Не сгибаются в локтях		
6	• Пальцы верхней кисти оттягивают вверх пальцы нижней		
7	• Компрессии отсчитываются вслух		
2			

8			
	Искусственная вентиляция легких		
2	Защита себя		
9			
3	Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего		
0			
3	1 и 2 пальцами этой руки зажать нос пострадавшему 1		
3	Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами		
2	другой руки		
3	Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути,		
3	набрать воздух в лёгкие		
3	Обхватить губы пострадавшего своими губами		
4			
3	Произвести выдох в пострадавшего		
5			
3	Освободить губы пострадавшего на 1-2 секунды		
6			

3	Повторить вдох пострадавшего		
7			
	Показатели тренажера		
	• Адекватная глубина компрессий		
	• Адекватное положение рук при компрессиях		
	• Полное высвобождение рук между компрессиями		
	• Адекватная частота компрессий		
	• Адекватный объём ИВЛ		
	• Адекватная скорость ИВЛ		
	Время на непосредственную работу на станции (мин)		
	Завершение испытания		
	При команде: «Осталась одна минута»		
	Перед выходом		
	Нерегламентированные и небезопасные действия		
	Компрессии вообще не производились		
	Центральный пульс		
	Периферический пульс		
	Оценка неврологического статуса		
	Сбор анамнеза		
	Поиск нерегламентированных приспособлений		
	Риск заражения		
	Другие нерегламентированные и небезопасные действия		
	Общее впечатление эксперта		
	Ф.И.О. члена ГЭК _____ подпись _____		