
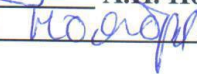


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

**УТВЕРЖДАЮ**  
Декан лечебного факультета  
к.м.н., доцент  
  
А.И. Новиков  
«8»  2023 г.

**Программа государственной итоговой аттестации  
индекс Б.3**

**Специальность 31.05.01 Лечебное дело  
Квалификация выпускника: врач-лечебник  
Форма обучения: очная**

Программа государственной итоговой аттестации составлена на основании требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденного Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации №95 от 09.02.2016 г.

**Программу разработали:**

<b>Фамилия И.О.</b>	<b>Должность</b>	<b>Ученая степень, ученое звание</b>	<b>Кафедра</b>
Новиков А.И.	Декан лечебного факультета	К.м.н., доцент	Топографической анатомии и оперативной хирургии
Кузнецов А.В.	Заведующий кафедрой	Д.м.н., доцент	Топографической анатомии и оперативной хирургии
Тов Н.Л.	Заведующий кафедрой	Д.м.н., профессор	Внутренних болезней им. акад. Л.Д. Сидоровой
Мовчан Е.А.	Профессор кафедры	Д.м.н., доцент	Внутренних болезней им. акад. Л.Д. Сидоровой
Попова А.А.	Заведующий кафедрой	Д.м.н., доцент	Поликлинической терапии и общей врачебной практики (семейной медицины)
Мишенина С.В.	Доцент кафедры	Д.м.н., доцент	Фармакологии, клинической фармакологии и доказательной медицины

**Рецензенты:**

<b>Фамилия И.О.</b>	<b>Должно сть</b>	<b>Ученая степень, ученое звание</b>
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.	Процедура проведения государственной итоговой аттестации	4
Раздел 3.	Содержание и структура государственной итоговой аттестации	5
Раздел 4.	Учебно-методическое, информационное, материально-техническое обеспечение государственной итоговой аттестации	8
Раздел 5.	Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации	12
Приложения		86 - 102

## **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 06.04.2021 № 245 «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 09.02.2016 № 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. Процедура проведения государственной итоговой аттестации**

К Государственной итоговой аттестации по приказу ректора допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

Для проведения государственной итоговой аттестации в университете создаются государственные экзаменационные комиссии, для рассмотрения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации в университете создаются апелляционные комиссии (далее вместе - комиссии). Комиссии действуют в течение календарного года.

Государственную экзаменационную комиссию возглавляет председатель, который утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации по представлению университета не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Для проведения государственной итоговой аттестации деканатом формируются составы комиссий, которые утверждаются приказом ректора не позднее, чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в университете, имеющих ученую степень доктора наук и (или) ученое звание профессора либо являющихся ведущими специалистами - представителями работодателей или их объединений в соответствующей области профессиональной деятельности.

Председателем апелляционной комиссии утверждается ректор (лицо, исполняющее его обязанности, или лицо, уполномоченное ректором - на основании распорядительного акта университета).

**Сроки проведения определяются графиком учебного процесса.**

**Форма проведения - Итоговый междисциплинарный экзамен.**

### Раздел 3. Содержание и структура государственной итоговой аттестации.

3.1. Содержание ГИА формируется на основе ОПОП по специальности «Лечебное дело» и 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

#### 3.2. Структура государственной итоговой аттестации.

3.2.1 Программа государственного экзамена и форма его проведения рассматривается советом лечебного факультета, утверждается деканом и доводится до студентов не позднее, чем за шесть месяцев до проведения государственного экзамена.

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

Порядок проведения и основные этапы государственного экзамена.

**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 Методического центра аккредитации специалистов. 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 1-5) 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.

1. Собеседование проводится на основе решения клинических задач обобщенного характера. Оценке в данном случае подлежит степень умения выпускника разрабатывать и осуществлять оптимальные решения профессиональных ситуаций на основе интеграции содержания дисциплин, входящих в аттестационное испытание.
2. Собеседование проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов. Количество экзаменационных билетов 130.
3. Экзаменационные билеты составляются в соответствии с перечнем состояний и заболеваний «Программы Итоговой государственной аттестации выпускников по специальности «Лечебное дело».
4. Количество вопросов в экзаменационном билете – 2.
5. Структура билетов:

Ситуационная клиническая задача по разделу «Терапия» - 130 задач.

Ситуационная клиническая задача по одному из разделов: «Хирургия» - 70 задач, «Акушерство и гинекология» - 60 задач.

6. Государственная экзаменационная комиссия использует банк ситуационных задач, разработанных профильными выпускающими кафедрами университета и утвержденных профильными ЦМК.
7. Все клинические задачи составляются по унифицированному принципу, содержат 5-6 заданий, при решении которых студент имеет возможность проявить знания по этиологии, патогенезу, современным классификациям, методам диагностики и дифференциальной диагностики, особенностям клиники, синдромологии, методам лечения заболеваний, принципам реабилитации и профилактическим мероприятиям.
8. Каждый обучающийся получает один экзаменационный билет. Замена экзаменационных билетов не допускается.
9. Не допускается совмещать в экзаменационном билете два и более вопросов, относящихся к одной и той же учебной дисциплине.
10. Билеты утверждаются председателем государственной экзаменационной комиссии.
11. Длительность подготовки обучающимся ответов на вопросы экзаменационного билета не должна превышать 40 минут.
12. Во время подготовки обучающиеся не имеют права пользоваться любыми печатными источниками информации, электронными источниками информации, средствами связи и сети Интернет.
13. Собеседование производится устно в форме выступления перед экзаменационной комиссией в течение 20 минут.
14. По решению экзаменационной комиссии, в случае наличия в её составе узких специалистов по дисциплинам, относящимся к вопросам экзаменационного билета, ответ обучающегося на каждый вопрос экзаменационного билета может заслушиваться отдельными представителями или группами представителей экзаменационной комиссии.

15. Результаты собеседования оцениваются по пятибалльной системе.
16. Результаты собеседования оформляются в виде экзаменационной ведомости и передаются председателю государственной аттестационной комиссии.
17. По результатам трех этапов выставляется итоговая оценка по междисциплинарному экзамену: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Итоговая оценка обучающегося определяется коллегиально членами экзаменационной комиссии на основании голосования простым большинством. При равном числе голосов голос председателя является решающим.
18. Результаты проведения итогового междисциплинарного экзамена оформляются в виде протокола государственной экзаменационной комиссии. На каждый день заседания государственной экзаменационной комиссии оформляется отдельный протокол.
19. В зачетную книжку и в протокол заседания государственной экзаменационной комиссии заносятся оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно». Оценка «неудовлетворительно» заносится только в протокол.
20. Результаты проведения итогового междисциплинарного экзамена оглашаются только после окончания в день его проведения.
21. Обучающийся, получивший на итоговом междисциплинарном экзамене оценку «неудовлетворительно», отчисляется из университета в соответствии с установленным порядком.
22. Отчисленный выпускник может быть восстановлен в университет и допущен к повторной сдаче итогового междисциплинарного экзамена по решению Государственной экзаменационной комиссии не ранее, чем через год и не более чем через пять лет после прохождения Итоговой государственной аттестации впервые. Повторная сдача междисциплинарного экзамена не может назначаться более двух раз.

#### **Критерии оценивания при собеседовании по клинической ситуационной задаче.**

«ОТЛИЧНО» - диагностические критерии определены полностью, сформулирован полный диагноз на основе современных классификаций, дифференциальный диагноз проведен полно, лечебные мероприятия и тактика ведения больного определены системно и полно, прогноз определен.

«ХОРОШО» - диагностические критерии определены частично, диагноз сформулирован частично, дифференциальный диагноз проведен не полностью, лечебные мероприятия и тактика ведения больного определены системно, но не использованы все методы, прогноз определен.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» - диагностические критерии определены плохо, диагноз формулирован без применения классификаций, дифференциальный диагноз проведен плохо, лечебные мероприятия и тактика ведения больного даны хаотично, бессистемно, прогноз не определен.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» - диагностические критерии не определены, диагноз не сформулирован, дифференциальный диагноз не проведен, лечебные мероприятия и тактика ведения больного не определены, прогноз не определен.

#### **Раздел 4. Учебно-методическое, информационное, материально-техническое обеспечение государственной итоговой аттестации.**

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, оснащенный 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-диском: в 2т. / 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-диском: в 2т. / 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 : Сибмедиздат 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. Венгерова. - 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. Сторожаков, 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 : Сибмедиздат 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. Савельева, Г. М. Акушерство : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1080 с. - (Серия "Национальные руководства"). - 1080 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6632-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466322.html>
6. Савельева, Г. М. Гинекология : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, И. Б. Манухина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1008 с. - (Серия "Национальные руководства"). - 1008 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6796-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467961.html>
7. 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>
8. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html>
9. Неотложная помощь в акушерстве [Электронный ресурс] : учебное пособие / Э. К. Айламазян, Э. Айламазян. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433317.html>
10. 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>
11. Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442494.html>
12. Руководство по клиническому обследованию больного для врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь : учебное пособие; пер.с англ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006; 2007. - 648 с.
13. ЭКГ для врача общей практики : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / А. Л. Сыркин. - М. : Медицина, 2006. - 176 с. : ил.
14. Воспалительные болезни печени [Электронный ресурс] : учебное пособие / С. Д. Маянская, А. Б. Кривошеев ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2007. - 298 с.
15. 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>
16. Руководство по клиническому обследованию больного : пер.с англ.,доп. / ред. А. А. Баранов [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006; 2007. - 648 с.
17. Неотложная помощь в терапии и кардиологии : учебное пособие / ред. Ю.И. Гринштейн. -

- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 224 с. : ил.
18. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970406755.html>
  19. Нефрология [Электронный ресурс] / Под ред. Н.А. Мухина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411742.html>
  20. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : Национальное руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970420737.html>
  21. Клиническая лабораторная диагностика [Электронный ресурс] / Кишкун А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970415504.html>
  22. Ревматология [Электронный ресурс] / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416501.html>
  23. Пульмонология [Электронный ресурс] / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427712.html>
  24. Кардиология [Электронный ресурс] / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427675.html>
  25. 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>
  26. Хроническая обструктивная болезнь легких [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л. А. Шпагина [и др.]. ; Новосиб.гос.мед.ун-т, ФГБУ НИИ пульмонологии - Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2016. - 92 с.
  27. Клиническая хирургия : национальное руководство: в 3т. / ред. В. С. Савельев [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - , Т.1 864 с.
  28. Клиническая хирургия : национальное руководство: в 3т. / ред. В. С. Савельев [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - , Т.2 832 с.
  29. Клиническая хирургия : национальное руководство: в 3т. / ред. С. С. Савельев [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - , Т.3 1008 с.
  30. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. - М. : Мед.информ.агентство, 2008. - 264 с.
  31. 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.
  32. Избранные вопросы хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. А. Агеева, В. В. Анищенко, И. Е. Барабанов [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2011
  33. 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>
  34. Абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444047.html>
  35. Программа ускоренного выздоровления хирургических больных. Fast track [Электронный ресурс] / под ред. И. И. Затевахина, К. В. Лядова, И. Н. Пасечника - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443484.html>
  36. Системный подход к управлению ситуацией с туберкулезом: основания, методология, практика [Электронный ресурс] : монография / В. А. Краснов [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2010.
  37. Избранные вопросы фтизиатрии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. В. Алексеева [и др.]. - Новосибирск : НГМУ, 2011
  38. Яблонский П.К., Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. П.К. Яблонского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240с.  
- ISBN 978-5-9704-3675-2 - Режим доступа:  
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436752>

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. Прякина [и др.] ; ред. Л. В. Поддубная ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2016. - 67 с.
41. Осложненное течение первичного туберкулеза [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Л. В. Поддубная ; Новосиб.гос.мед.ун-т. - Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2008. - 76 с. : ил.
42. Атлас инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] / Роналд Т.Д. Эмонд, Филипп Д. Уэлсби, 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/ISBN97859704440452.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. 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>
50. 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>.
51. 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>
52. 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>.
53. Клиническая фармакология : национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепяхина, В. И. Петрова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>
54. Хаитова, Р. М. Аллергология и клиническая иммунология / под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 336 с. (Серия "Клинические рекомендации") - ISBN 978-5-9704-5010-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450109.html>
55. Дифференциальная диагностика внутренних болезней [Электронный ресурс] / под ред. В.В. Щёктова, А.И. Мартынова, А.А. Спасского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439340.html>
56. Берестень Н.Ф., Функциональная диагностика : национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Н.Ф. Берестень, В.А. Сандрикова, С. И.

Федоровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 784 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4242-5 - Режим доступа:  
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442425.html>

### Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Министерство здравоохранения РФ: .<https://www.rosminzdrav.ru/documents>
2. Российская государственная библиотека <http://www.rsl.ru>
3. Электронно-библиотечная система НГМУ (ЭБС НГМУ) <http://library.ngmu.ru/>
4. Федеральная электронная медицинская библиотека <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
5. Научная электронная библиотека <http://www.elibrary.ru/>

### Раздел 5. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации

Код компетенции	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><b>ВЕРОЯТНОСТЬ ТОКСИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ КОМБИНАЦИИ ГЕНТАМИЦИНА С</b></p> <p>А) Фуросемидом  Б) Пенициллином  В) Метилксантина-ми  Г) Макролидами</p>	Сценарий «Экстренная медицинская помощь»	<p>Больная 35 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому.</p> <p><u>Жалобы</u> на повышение температуры тела до 39,2оС, кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, снижение аппетита, слабость, недомогание, жидкий стул без примеси крови до 4 раз за сутки.</p> <p><u>Анамнез заболевания.</u> Всегда считала себя здоровым человеком. 6 дней тому назад после переохлаждения, отметила появление слабости и недомогания, повышение температуры тела до 37,8оС, сопровождающееся сильным ознобом. На следующий день присоединился кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты.</p>

				<p>По совету знакомых самостоятельно начала приём амоксиклава 875/125 мг 2р/сут., однако, существенного улучшения состояния к концу 4 суток лечения амоксиклавом не отмечалось: температура тела колебалась от 37,3°C до 39,2°C, сохранялись слабость. Сегодня (на 6 сутки болезни) присоединилась диарея до 4 раз в сутки. Пациентка отказалась от предложенной госпитализации и предпочла лечиться в амбулаторных условиях.</p> <p><u>Объективный статус.</u> Состояние средней тяжести. Вес 59 кг, рост 170 см. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела 38,7°C. Видимые слизистые не изменены, миндалины не увеличены, глотание безболезненное, отделяемого из полости носа нет. В легких дыхание везикулярное, на ограниченном участке под левой лопаткой выслушиваются влажные звонкие хрипы, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 88 в мин., АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щёткина-Блюмберга - отрицательный.</p> <p>1)Для исключения/подтверждения диагноза пневмонии пациентке показано проведение</p> <p>2)Для исключения/подтверждения Clostridium difficile-ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приёма амоксиклава показано проведение</p> <p>3)По результатам проведённого обследования основной диагноз пациентки может быть сформулирован как</p> <p>4)Причиной развившейся у пациентки диареи является</p> <p>5)Для исключения/подтверждения наличия у пациентки гипоксемии показано проведение</p> <p>6)Оценку эффективности</p>
--	--	--	--	--

				<p>проводимой стартовой антибактериальной терапии следует проводить по истечении _____ часов.</p> <p>7)Проводимая терапия амоксиклавом эффективна/неэффективна?</p> <p>8)Учитывая неэффективность стартовой терапии амоксиклавом, его следует заменить на _____</p> <p>9)Для лечения выявленной Clostridium difficile-ассоциированной болезни пациентке показано назначение _____</p> <p>10)При неэффективности терапии Clostridium difficile-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на _____</p> <p>11)Лечение Clostridium difficile-ассоциированной болезни лёгкого течения следует начинать с назначения ванкомицина указать категорию пациентов _____</p> <p>12)Дальнейшая тактика ведения пациентки должна включать _____</p>
ОК-2	Способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции	<p>МЕХАНИЗМОМ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТАТИНОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИНГИБИТОРЫ</p> <p>А) фермента ГМГ-КоА редуктазы</p> <p>Б) аденозина</p> <p>В)фосфодиэстеразы</p> <p>Г)аденилатциклазы</p>	Сценарий «Сбор жалоб и анамнеза»	<p>Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту.</p> <p><b>Жалобы:</b> На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды покалывающих болей в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.</p> <p><b>Анамнез заболевания.</b> С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b> Хронические заболевания отрицает. В 16 лет — оперативное лечение крипторхизма. Не курит, алкоголь не употребляет.</p>

				<p>Профессиональных вредностей не имел. Аллергоанамнез не отягощен. Отец здоров, у матери открытое овальное окно.</p> <p><b>Объективный статус</b></p> <p>Общее состояние удовлетворительное.</p> <p>Телосложение нормостеническое. Рост 180см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, теплые, чистые. Перифирических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, левая граница сердца смещена на 1.5 см кнаружи от среднеключичной ЛИНИИ, правая по правому краю грудины, верхняя по нижнему краю ребра, пульс 76 в минуту, АД 125/70. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.</p> <p>1.К необходимым в данной ситуации инструментальным методам обследования относятся</p> <p>2.Необходимым для исключения сердечной недостаточности лабораторным исследованием является определение уровня</p> <p>3.Выявленное при холтеровском мониторингировании ЭКГ нарушение ритма является</p> <p>4.Основным заболеванием является</p> <p>5.Для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии характерно нарушение внутрисердечной гемодинамики развитием градиента давления в выходном тракте левого желудочка и/или реже в среднем отделе ЛЖ больше ----- мм. рт. ст.</p> <p>6.Для оценки риска внезапной сердечной смерти у данного пациента следует использовать шкалу</p> <p>7.К параметрам, учитываемым в</p>
--	--	--	--	---

				<p>шкале риска оценки внезапной смерти при ГКМП по Европейской модели HCM Risk-SCD, относят</p> <p>8.В качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического лечения данного пациента следует применять.</p> <p>9.В случае развития побочных эффектов при приеме бета-блокаторов или невозможности достижения оптимального эффекта рекомендуется альтернативное назначение</p> <p>10.В случае отсутствия значимого симптоматического эффекта монотерапии бета-АБ или верапамилом рекомендовано их комбинированное назначение с _____ в максимально переносимой дозе.</p> <p>11.Имплантация кардиовертера-дефибрилятора может быть рекомендована пациента с ГКМП если 5-ти летний риск ВСС по шкале HCM Risk-SCD составляет _____ и более %.</p> <p>12.Переоценка риска ВСС осуществляется каждые _____ года/лет.</p>
ОК-3	Способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции	<p>ПРИ НАЛИЧИИ БРАДИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) Амлодипин Б) Верапамил В) Пропранолол Г) Атенолол</p>	Сценарий «Экстренная медицинская помощь»	<p>К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.надсадный постоянный малопродуктивный кашель, скудное кровохарканье, одышку при быстрой ходьбе, слабость, прогрессирующее похудание. Имеет длительный стаж табакокурения, с 45 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, с 50 лет присоединилась одышка с затруднённым выдохом при быстрой ходьбе, к врачу не обращался. В течение последних 6 месяцев отмечает значительное усиление кашля, который приобрёл надсадный характер, появились прогрессирующая слабость, похудание. 10 дней назад впервые заметил примесь небольшого количества крови в мокроте, с этого времени в утренние часы сохраняется откашливание кровянистой мокроты (1 чайная ложка).</p>



				<p>Обратился в районную поликлинику. Рос и развивался нормально. Работает водителем автобуса. Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия.</p> <p>Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.</p> <p>Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день). При осмотре состояние средней тяжести, астенического телосложения, рост – 178 см, масса тела – 58 кг, индекс массы тела – 18,3 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 36,4°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка астенической формы, при перкуссии грудной клетки справа в I и II межреберьях определяется притупление лёгочного звука, при аускультации в зоне притупления – резкое ослабление дыхания. В остальных точках аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту, SaO<sub>2</sub> – 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает изпод края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 1.</p> <p>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования?</p> <p>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</p> <p>3. В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является</p> <p>4. В данной клинической ситуации сопутствующим заболеванием является</p> <p>5. Для верификации основного диагноза следует назначить бронхоскопию и</p> <p>6. Для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания</p>
--	--	--	--	--

				<p>пациенту следует назначить</p> <p>7.Для устранения симптомов сопутствующего заболевания в режиме «по требованию» пациенту следует назначить</p> <p>8.Пациенту показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и</p> <p>9.В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать прекращение курения и проведение</p> <p>10.Учитывая сопутствующее заболевание, пациент относится к ____ группе состояния здоровья</p> <p>11.Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет _____ раз/раза</p> <p>12. Кратность ежегодного посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет _____ раз/раза.</p>
ОК-4	Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	<p>ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ</p> <p>А)противосудорожными препаратами</p> <p>Б)β2-симпатомиметиками</p> <p>В)пенициллинами</p> <p>Г)глюкокортикоидными стероидами</p>	Сценарий «Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей»	<p>Больная 28 лет обратилась в поликлинику</p> <p><u>Жалобы</u> на утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке</p> <p><u>Анамнез заболевания</u> Сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности.</p> <p><u>Анамнез жизни</u> Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия. Наследственность не отягощена. Вредные привычки. не имеет. Менструальные с 13 лет, обильные первые 3-4 дня, продолжительностью 5-6 дней, регулярные. В настоящее время осуществляет грудное</p>

				<p>вскармливание ребенка.</p> <p><u>Объективный статус</u> Состояние средней тяжести. Температура 37,2. Бледность и сухость кожных покровов; ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Печень и селезенка не увеличены</p> <p>1)К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:</p> <p>2)К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят</p> <p>3)Какой предполагаемый основной диагноз?</p> <p>4)К основным синдромам, наблюдаемым у пациентки, относятся</p> <p>5)К принципам ферротерапии относят назначение препаратов железа предпочтительнее</p> <p>6)Лечебная тактика данной пациентки включает</p> <p>7)Ежедневная потребность взрослого человека в железе составляет ____ МГ</p> <p>8)Усиливают всасывание железа из продуктов растительного происхождения овощи и фрукты с высоким содержанием</p> <p><b>КИСЛОТЫ</b></p> <p>9) Критерием эффективности назначенной терапии является повышение гемоглобина на 10 г/л к концу недели лечения</p> <p>10)Достаточная длительность курса лечения анемии средней степени тяжести пероральными препаратами железа составляет</p> <p>месяца</p> <p>11)О преодолении тканевой сидеропении можно судить по уровню</p> <p>12)Рекомендации пациентке для дальнейшей профилактики заболевания включают проведение поддерживающей терапии</p>
ОК-5	Готовность к	НАИБОЛЬШИМ УЛЬЦЕРОГЕН-	Сценарий «Сбор	Вызов врача на дом к больному А. 48 лет, 18.06.2018г.

	самораз- витию, самореали- зации, самообра- зованию, использо- ванию творчес- кого потенциала	<p>НЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ</p> <p>А) Кеторолак Б) Парацетамол В) Трамадол Г) Ибупрофен</p>	жалоб и анамнеза»	<p><b>Жалобы:</b> На слабость, недомогание, снижение аппетита, повышение температуры тела, чувство жара, головные боли, 2-кратную рвоту, боли в шее и мышцах верхних и нижних конечностей</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Заболел остро 13.06.18 с повышения температуры до 39,2°C, появления болей в мышцах и суставах, чувства жара. Принимал самостоятельно ибупрофен, ингавирин - с непродолжительным эффектом в виде снижения температуры тела до 37,5°C. В последующие дни сохранялось повышение температуры тела по вечерам до 38,8°-39,4°C. На 6 день болезни температура тела - 38,6°C, сохранение мышечных болей, появление головных болей и рвоты, что послужило причиной обращения в поликлинику.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Работает учителем физики в общеобразовательной школе. Проживает в отдельной квартире с женой и ребёнком. Аллергоанамнез: неотягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Вредные привычки: отрицает. Парентеральный анамнез неотягощен. Больной 2 недели назад был на даче в Тверской области. Отмечал укус клеща, который заметил через несколько часов. Со слов, клеща извлёк самостоятельно.</p> <p><b>Объективный статус:</b> Температура тела 38,7°C. Кожа лица умеренно гиперемирована, сыпи нет. Язык влажный, обложен тонким белым налетом. В лёгких - везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 18 /мин. АД- 110/65 мм.рт.ст, ЧСС - 90 уд. в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезнен во всех</p>
--	---	--	----------------------	--

				<p>отделах. Перитонеальные симптомы отрицательны. Симптом поколачивания - отрицателен. Печень не увеличена, мягко-эластичной консистенции, безболезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча светло-жёлтая, стул оформленный. Отмечается ригидность затылочных мышц. Симптомы Брудзинского и Кернига отрицательны. Сознание сохранено.</p> <p>1) Для постановки диагноза больному необходимо назначить.</p> <p>2) Какой основной диагноз?</p> <p>3) Для клеточного состава ликвора при клещевом энцефалите наиболее характерно наличие</p> <p>4) Относительно тяжёлым течением характеризуется клиническая форма клещевого вирусного энцефалита</p> <p>5) К характерным проявлениям полиомиелитической формы клещевого вирусного энцефалита относят</p> <p>6) Дифференциальную диагностику клещевого энцефалита следует проводить с</p> <p>7) Этиотропная терапия клещевого вирусного энцефалита включает назначение</p> <p>8) В качестве патогенетической терапии при менингеальной форме клещевого энцефалита используются</p> <p>9) При тяжёлых формах клещевого энцефалита, с целью профилактики развития отека головного мозга, применяют</p> <p>10) Первоочередной мерой экстренной профилактики при укусе клеща в эндемичном по клещевому вирусному энцефалиту регионе является</p> <p>11) Для профилактики клещевого вирусного энцефалита перед выездом в эндемичный регион используется:</p> <p>12) В качестве неспецифической меры профилактики клещевого вирусного энцефалита следует применять</p>
--	--	--	--	---

ОК-6	Способность Использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности	<b>НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ УСИЛИВАЮТ ДЕЙСТВИЕ</b> Азитромицина Варфарина Клонидина Нифедипина	Сценарий «Диспансеризация»	<p>На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 26 лет.</p> <p><b>Жалобы:</b> Выпадение волос на голове сердцебиение потливость.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> 3 месяца назад – срочные роды. Вес ребенка при рождении 3100 г, рост 49 см. В настоящее время - физиологическая лактация. в течение последней недели отметила появление сердцебиения и потливости. около месяца назад стали выпадать волосы на голове.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b>Росла и развивалась нормально. Является домохозяйкой. Перенесённые заболевания: детские инфекции Беременности – 1, роды – 1. Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: отрицает.</p> <p><b>Объективный статус:</b> Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,62 м, вес 56 кг, индекс массы тела 21,5 кг/м<sup>2</sup>, t тела 36,4°C. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 100 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации безболезненная, 0 ст. по ВОЗ. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Легкий тремор пальцев рук. Глазные симптомы - положительный симптом Грефе.</p> <p>1)Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования.</p> <p>2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы</p>
------	--	--	----------------------------	---

				<p>исследования</p> <p>3) Какой предполагаемый основной диагноз?</p> <p>4) Пациентке необходимо динамическое наблюдение?</p> <p>5) В качестве симптоматической терапии тиреотоксикоза пациентке могут быть назначены ...</p> <p>6) Пациентка вернулась на прием через 4 месяца, после периода улучшения самочувствия появились сонливость и апатия. После обследования выявлено: ТТГ – 7,6 мЕд/л, Т4 св. – 18 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л). У пациентки имеет место ...</p> <p>7) Учитывая наличие субклинического гипотиреоза пациентке необходимо рекомендовать</p> <p>8) ТТГ и Т4 св. необходимо проконтролировать через _____ месяца/месяцев</p> <p>9) Пациентка вернулась через 6 месяцев. Жалоб нет. При обследовании ТТГ – 1,2 мЕд/л, Т4 св. – 19 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л). У пациентки имеет место ....</p> <p>10) Послеродовый тиреоидит имеет _____ этиологию</p> <p>11) Заместительная терапия левотироксином натрия в случае субклинического гипотиреоза показана при повышении уровня ТТГ в крови более _____ мЕд/л</p> <p>12) Какую рекомендацию по употреблению йода можно дать пациентке с учётом диагноза и физиологической лактации?</p>
ОК-7	<p>Готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций</p>	<p>ВРЕМЯ НАЧАЛА ЭФФЕКТА НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ПРИЕМЕ СУБЛИНГ-ВАЛЬНО СОСТАВЛЯЕТ (МИН)</p> <p>А) 0,5-2</p> <p>Б) 5-6</p> <p>В) 30</p> <p>Г) 8-10</p>	<p>Сценарий «Экстренная медицинская помощь»</p>	<p>Больной К. 62 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому.</p> <p><b>Жалобы</b></p> <p>На одышку, возникающую при обычной физической нагрузке и в покое, давящие боли за грудиной, некупирующиеся при приёме 2 таблеток нитроглицерина, общую слабость, повышенную утомляемость</p> <p><b>Анамнез заболевания</b></p> <p>Полгода назад перенес инфаркт</p>

			<p>миокарда. 2 недели назад появились давящие боли за грудиной, одышка при обычной физической нагрузке (ходьба обычным шагом) и в покое. В течение недели боли за грудиной усилились, стали появляться в покое, приём нитроглицерина - без эффекта.</p> <p><b>Анамнез жизни</b> Рос и развивался нормально. Семейный анамнез: отец умер в возрасте 53 лет от инфаркта миокарда. Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 18 лет.</p> <p><b>Объективный статус</b> Состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 86 кг. ИМТ 29,8 кг/М2. Кожные покровы обычной окраски. Нерезкий цианоз губ, крыльев носа. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 18 в мин. При аускультации над легкими 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. ЧСС - 65 в минуту, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в дыхании. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.</p> <p>1.К лабораторным методам исследования для постановки диагноза относят исследование уровня</p> <p>2.Инструментальными методами для постановки диагноза являются</p> <p>3.Какой диагноз можно</p>
--	--	--	---



				<p>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</p> <p>антитромбоцитарной терапии с применением</p> <p>8.В качестве антиангинальной терапии пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначить</p> <p>9.Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает</p> <p>10. Противопоказанием к проведению тромболитической терапии в данной клинической ситуации является</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>
ОК-8	<p>Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные, культурные различия</p>	<p>У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ</p> <p>А) нитратов, дигидропиридинов, ингибиторов АПФ</p> <p>Б) Верапамила, Дилтиазема, Атенолола</p> <p>В) Биспролола, Дизопирамида, Амиодарона</p>	<p>Сценарий «Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей»</p>	<p>Женщина 47 лет обратилась к участковому врачу-терапевту поскольку при профилактическом медицинском осмотре у нее было выявлено повышение АД до 170/100 мм рт. ст.</p> <p><b>Жалобы</b> нет</p> <p><b>Анамнез заболевания</b></p> <p>Артериальное давление в последние 10 лет не измеряла, каких-либо нарушений самочувствия не испытывала.</p> <p><b>Анамнез жизни</b></p> <p>Хронических заболеваний нет. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имеет. Аллергических реакций не было</p>

		Г)Спиринолакто- на, Пропранолола, Соталола		<p><b>Объективный статус</b></p> <p>Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 96 в 1 мин, пульс 84 в 1 мин, АД при первом измерении 175/100 мм рт. ст., при повторном - 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.</p> <p>1.К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся</p> <p>2. Для выяснения причины аритмии рекомендуется определение в крови уровня</p> <p>3. При оценке общего сердечно-сосудитого риска у больных артериальной гипертензией используются результаты определения в крови уровня</p> <p>4. Выявленное нарушение ритма является пароксизмальной(-ым)</p> <p>5. Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является</p> <p>6. Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2D52-VASC равна</p> <p>7. Медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данной пациентки</p> <p>8. Учитывая наличие пароксизмальной фибрилляции предсердий, для лечения артериальной гипертензии целесообразно использовать</p> <p>9. Для проведения электрической кардиоверсии бифазным дефибрилятором необходимо выбрать энергию разряда ДЖ.</p> <p>10. Перед проведением электрической кардиоверсии необходимо ввести в лечебных дозах</p> <p>11. Пациентке после восстановления синусового ритма показана -× недельная</p>
--	--	--	--	--

				антикоагуляция с последующей оценкой риска тромбоэмболических осложнений и необходимости длительной антикоагулянтной терапии.
	<b>Общепрофессиональные (ОПК)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
ОПК-1	Готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности	АНТАБУСОПОДОБНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ А) Метронидазол Б) Котримаксозол В) Фуразолидон Г) Левомецитин	Сценарий «Экстренная медицинская помощь»	Женщина 47 лет обратилась к участковому врачу-терапевту поскольку при профилактическом медицинском осмотре у нее было выявлено повышение АД до 170/100 мм рт. ст. <b>Жалобы</b> нет. <b>Анамнез заболевания</b> Артериальное давление в последние 10 лет не измеряла, каких-либо нарушений самочувствия не испытывала. <b>Анамнез жизни</b> * хронических заболеваний нет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергический реакций не было <b>Объективный статус</b> Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 96 в 1 мин, пульс 84 в 1 мин, АД при первом измерении 175/100 мм рт. ст., при повторном - 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. 1. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся 2. Для выяснения причины аритмии рекомендуется определение в крови уровня 3. При оценке общего сердечно-сосудистого риска у больных артериальной гипертензией

				<p>используются результаты определения в крови уровня</p> <p>4. Выявленное при холтеровском мониторировании ЭКГ нарушение ритма является</p> <p>5. Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как</p> <p>6. Для оценки риска тромбоэмболических осложнений следует использовать шкалу</p> <p>7. Медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данной пациентки</p> <p>8. Учитывая наличие пароксизмальной фибрилляции предсердий, для лечения артериальной гипертензии целесообразно использовать</p> <p>9. Наличие у пациентки гипертрофии левого желудочка делает оправданным назначение комбинации.</p>
ОПК -2	<p>Готовность к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности</p>	<p>ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ДОКАЗАННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СУММАРНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</p> <p>А) врач отделения медицинской профилактики, при отсутствии кабинета профилактики, например, в сельской местности – врач-терапевт участковый</p> <p>Б) врач-терапевт участковый</p> <p>В) врач дневного</p>	<p>Сценарий «Сбор жалоб и анамнеза»</p>	<p>К участковому врачу терапевту в поликлинике обратился пациент 22-х лет на 2-ой день болезни.</p> <p><b>Жалобы.</b> На заложенность носа, чиханье, слизистые и водянистые выделения из носа, покашливание и першение в горле, слезотечение.</p> <p><b>Анамнез заболевания.</b> Заболел остро с появления познания и чувства тяжести в голове, слабости, повышения температуры тела до 37,2°C, одновременно присоединилось заложенность носа, чиханье, обильные слизистые и водянистые выделения из носа, охриплость голоса, покашливание и першение в горле, слезотечение, снижение обоняния.</p> <p><b>Анамнез жизни</b></p> <p>Студент очного отделения. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: детские инфекции. Вредные привычки: курит до одной пачки в день. Проживает в отдельной квартире с матерью. Эпиданамнез: в студенческой группе были случаи заболевания</p>

		<p>стационара Г) врач-кардиолог поликлиники</p>	<p>ОРЗ. Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался. <b>Объективный статус</b> Температура тела 37,0°C. Кожные покровы чистые, сыпи нет. В области носа мацерация кожи. Инъекция сосудов склер. Конъюнктивы умеренно гиперемированы, слезотечение. Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки, нёбных дужек, язычка слабо гиперемирована, отечна. По задней стенке глотки стекает слизь. Региональные лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД — 18 в МИН. АД-1 10/70 мм.рт.ст, ЧСС — 76 уд. в мин. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования 2. Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные можно думать о диагнозе 3. Симптомами неосложненной риновирусной инфекции являются 4. Патогенетическим осложнением риновирусной инфекции является 5. При развитии синусита показано проведение 6. Показанием к госпитализации при риновирусной инфекции является наличие 7. Срок изоляции больного с риновирусной инфекцией составляет _____ дней 8. Патогенетическое лечение риновирусной инфекции легкого течения включает 9. Применение антибиотиков при риновирусной инфекции показано 10. Инкубационный период риновирусной инфекции составляет до 11. Профилактические меры при</p>
--	--	---	---

				<p>риновирусной инфекции включают</p> <p>12. Неспецифическая профилактика риновирусной инфекции включает назначение</p>
ОПК-3	Способность использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности	<p>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) федеральными учреждениями</p> <p>Б) учреждениями медико-социальной экспертизы субъекта РФ</p> <p>В) городскими учреждениями медико-социальной экспертизы</p> <p>Г) фондами ОМС</p>	Сценарий «Диспансеризация»	<p><b>Анамнез заболевания:</b></p> <p>Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 37,5°C, головной боли, слабости. Далее стал отмечать появление чувства онемения и покалывания в области грудной клетки слева. Самостоятельно принимал парцетамолсодержащие препараты (Терафлю), с незначительным эффектом.</p> <p>На 3-й день болезни температура тела нормализовалась, появилась сыпь на коже груди слева, сопровождающаяся появлением боли в этой области, усиливающейся в ночные часы, сенсорными нарушениями в зоне высыпаний в виде расстройства чувствительности, увеличились аксиллярные лимфатические узлы.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b></p> <p>Работает специалистом в IT-компании. Проживает один в отдельной собственной квартире. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.</p> <p>Вредные привычки: отрицает. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делал.</p> <p><b>Объективный статус:</b></p> <p>Температура тела 36,8°C.</p> <p>На коже груди слева – сгруппированные везикулы («гроздь винограда») с мутным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отечном основании. Размер их не превышает нескольких миллиметров. Сыпь имеет сегментарный, односторонний характер. Сыпь сопровождается умеренно выраженным болевым синдромом, боль приступообразная, усиливающаяся в ночные часы,</p>

				<p>сенсорными нарушениями в зоне высыпаний в виде расстройства чувствительности.</p> <p>Периферические лимфоузлы (аксиллярные) увеличены до размера горошин, умеренно болезненны при пальпации.</p> <p>Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость, везикулезных высыпаний не обнаружено.</p> <p>АД – 120 и 80 мм.рт.ст, ЧСС – 80 уд. В мин.</p> <p>В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>Признаков поражения ЦНС и менингеальной симптоматики не выявлено.</p> <p>1) Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:</p> <p>2) Какой основной диагноз?</p> <p>3) Патогномичным признаком опоясывающего лишая является наличие:</p> <p>4) Клинические признаки продромального периода опоясывающего лишая включают:</p> <p>5) Для сенсорных нарушений при опоясывающем лишае характерны:</p> <p>6) Дифференциальную диагностику опоясывающего лишая с представленной локализацией до момента появления сыпи следует проводить с:</p> <p>7) К возможным осложнениям опоясывающего лишая относят:</p> <p>8) Тактикой ведения данного больного является</p> <p>9) Лечебная тактика при неосложненном опоясывающем лишае в первую очередь включает назначение:</p> <p>10) Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает</p> <p>11) Изоляция больного</p>
--	--	--	--	---

				опоясывающим лишаем завершается по истечении 12) Индекс контагиозности при опоясывающем лишае не превышает ...%
ОПК -4	Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ВИДЕ А) Вторичного амилоидоза Б) Гемолитического синдрома В) Рефрактерной анемии Г) Цитопенического синдрома	Сценарий «Сбор жалоб и анамнеза»	<p>К врачу-терапевту участкового обратился больной 57 лет.</p> <p><b>Жалобы</b> на тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье, усиливающиеся через 40-60 минут после еды (чаще после приёма обильной, жирной, жареной пищи и алкоголя), с иррадиацией в спину; отрыжку воздухом, изжогу, тошноту, вздутие живота; кашицеобразный стул до 5-6 раз в сутки с кусочками непереваренной пищи, сухость во рту, прогрессирующее похудание (за последний год похудел на 8 кг).</p> <p><b>Анамнез заболевания.</b> Длительное время злоупотребляет алкоголем, 7 лет назад стали беспокоить вышеописанные боли, которые носили интермиттирующий характер и уменьшались при приёме обезболивающих. За медицинской помощью не обращался.</p> <p>В течение последнего года интенсивность и продолжительность болей значительно прогрессировали, присоединились изжога, тошнота, метеоризм, нарушения стула, потеря веса. Обратился в районную поликлинику.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b> Рос и развивался нормально. Работает курьером.</p> <p>Перенесённые заболевания пневмония. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.</p> <p>Вредные привычки курит с 15 лет 30 сигарет в день, в течение последних 20 лет злоупотребляет алкоголем.</p> <p><b>Объективный статус</b> Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,8°C. Пониженного питания, рост – 173 см, масса тела – 54 кг, ИМТ=18,0 кг/м². Гипотрофия скелетной мускулатуры. Кожные</p>



				<p>покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не пальпируются, отёков нет. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Язык подсушен. Живот вздут, при пальпации определяется умеренная болезненность в области эпигастрия и левого подреберья. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптомов раздражения брюшины нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования</li> <li>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</li> <li>3. В данной клинической ситуации основным диагнозом является</li> <li>4. Для верификации диагноза показано проведение</li> <li>5. Консервативная тактика ведения больного включает отказ от курения и алкоголя, купирование болевого синдрома, лечение экзокринной и эндокринной недостаточности и</li> <li>6. Для купирования болевого синдрома данному пациенту показано назначение</li> <li>7. Показанием для заместительной ферментной терапии являются стеаторея, диарея и</li> <li>8. Ферментные препараты следует принимать</li> <li>9. Принципом диеты для пациента является дробный прием пищи с</li> <li>10. Пациент относится к группе состояния здоровья</li> <li>11. К осложнениям хронического панкреатита, требующим хирургического вмешательства, относятся непроходимость 12п кишки, обструкция общего желчного протока и</li> <li>12. У пациента повышен риск</li> </ol>
--	--	--	--	---

				осложнения.
ОПК -5	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	В ДИНАМИКЕ ГОДОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРИОДИЧНОСТЬ ХАРАКТЕРНА А) большинства инфекционных болезней Б) всех неинфекционных болезней В) всех болезней, независимо от их происхождения Г) всех инфекционных болезней	Сценарий «Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей»	<p>Пациент Л. 65 лет госпитализирован в стационар. <b>Жалобы</b> на боли в горле при глотании, осиплость голоса; сильный кашель, сопровождающийся болями в груди; ночную потливость, общую слабость, повышение температуры тела до 37,9оС; головную боль, наиболее выраженную в теменной области; периодически возникающие боли в мышцах и суставах.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> Считает себя больным в течение 3-х недель, когда после работы почувствовал сильную слабость, температура тела составила 38,7оС. Продолжал работать. Через два дня появился кашель со скудной вязкой мокротой слизистого характера. В течение нескольких дней кашель приобрел упорный, мучительный характер, в связи с чем обратился в поликлинику по месту жительства, был выставлен диагноз ОРЗ и назначено лечение: ингавирин 1 капсула (90 мг) 1 раз в сутки, полоскание горла раствором фурациллина, ингаляции лазолвана 3 раза в день. Лечение соблюдал в полном объеме, однако, в связи с отсутствием улучшения состояния в течение недели, обратился за консультацией к врачу-терапевту в частной клинике, где была проведена рентгенография органов грудной клетки и назначена терапия амоксиклавом 875/125 мг 2 раза в день. На фоне терапии отмечалось постепенное ухудшение самочувствия в течение недели в виде появления одышки при физической нагрузке, нарастания общей слабости, потливости, болей в мышцах и суставах, упорного кашля с выделением вязкой мокроты слизистого характера. Госпитализирован для лечения в стационар по месту жительства.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Рос и развивался соответственно</p>

				<p>возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, правосторонняя нижнедолевая пневмония в возрасте 29 лет. Стаж курения 22 года по пачке сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает. Работает сторожем на складе пищевых продуктов. Аллергические реакции отрицает. Семейный анамнез неотягощен.</p> <p><b>Объективный статус:</b>  Состояние средней степени тяжести. SpO<sub>2</sub>=94%. В сознании, контактен, адекватен.  Телосложение нормостеническое. Рост 179 см. Вес 80 кг. ИМТ 24,97 кг/м<sup>2</sup>.  Кожные покровы обычной окраски. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, проводится по всем отделам. Слева в области нижнего угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД: 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя – III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: тоны ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. Шумы не выслушиваются. ЧСС 89 уд/мин. АД 120/70 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях нижних сохранена, симметрична. Живот обычной формы, при пальпации безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.</p> <p>1.Лабораторное обследование пациента должно включать проведение  2.Инструментальные методы обследования пациента должны включать  3.Принимая во внимание клиническую картину заболевания, подозрительную на наличие пневмонии и отсутствие</p>
--	--	--	--	--

				<p>очевидной очаговой инфильтрации при рентгенографическом исследовании органов грудной клетки, в план обследования пациента необходимо включить проведение:</p> <p>4. На основании проведенного обследования пациенту может быть сформулирован диагноз:</p> <p>5. Течение основного заболевания у данного пациента осложнилось развитием:</p> <p>6. Тяжесть респираторных нарушений, развившихся у пациента, соответствует ____ степени дыхательной недостаточности:</p> <p>7. Оценку риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения</p> <p>8. В соответствии со шкалой СВВ-65 тяжесть состояния пациента может быть оценена в ____ балл (балла):</p> <p>9. Учитывая неэффективность предварительной антибактериальной терапии амоксициклавом, и возможностью наличия атипичного возбудителя внебольничной пневмонии на основании клинической картины и данных компьютерной томографии, пациенту до получения результата микробиологического исследования предпочтение следует отдать:</p> <p>10. Оценить эффективность проводимой пациенту антибактериальной терапии макролидом можно будет через ____ часа (часов):</p> <p>11. Одним из основных критериев эффективности проводимой пациенту антибактериальной терапии, на который следует ориентироваться через 48-72 часа от начала применения антибактериального препарата, является:</p> <p>12. Одним из критериев, на который следует ориентироваться при решении вопроса отмены антибактериального препарата пациенту, является</p>
--	--	--	--	--

ОПК -6	Готовность к ведению медицинской документации	<p>Диагноз и все последующие разделы медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма №025/У), заполняются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) медицинской сестрой</li> <li>2) лечащим врачом</li> <li>3) заведующим отделением</li> <li>4) медицинским регистратором</li> </ol>	Сценарий «Сбор жалоб и анамнеза»	<p>Больной 46 лет обратился в поликлинику.</p> <p><b>Жалобы:</b> на кожный зуд, желтушность кожи и склер, увеличение живота, отеки нижних конечностей к вечеру.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> 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 курсами урсодезоксихолевую фосфолипиды. Самочувствие оставалось удовлетворительным до последнего времени. Указанные жалобы начались с зуда кожи около месяца назад.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> рос и развивался нормально. По профессии – системный администратор. Перенесенные заболевания и операции: простудные, детские инфекции.</p> <p>Наследственность: у матери – сахарный диабет 2 типа, в возрасте 57 лет умер от инфаркта миокарда. Аллергии на медикаменты нет.</p> <p>Контакта с токсичными веществами не имеет. Вредные привычки отрицает.</p> <p><b>Объективный статус:</b> средней тяжести. Рост – 180 см, масса тела – 84 кг, индекс массы тела – 25,9. Кожа и слизистые иктеричны. На коже верхней части грудной единичные телеангиэктазии. Ладони «печеночные». Пастозность Живот несколько вздут, перкуторно определяется свободная ж</p>
-----------	---	---	----------------------------------	---

				<p>Выражена венозная сеть на передне-боковых поверхностях живота. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень перкуторно выступает из правого подреберья на 5 см, край плотно-эластический, селезенка при пальпации 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</p> <p>2) Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные обследования</p> <p>3) Какой диагностический метод исследования 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 асцита 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</p>
--	--	--	--	--

				содержание 12) Одним из первых проявлений печеночной энцефалопатии является
ОПК -7	Готовность к использованию основных физико-химических, математических и иных естественных, научно-понятий методов при решении профессиональных задач	ДЛЯ ВЫБОРА МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШКАЛУ А) CRB-65 Б) HAS-BLED В) SOFA Г) MRC	Сценарий «Экстренная медицинская помощь»	<p>Больная 39 лет, обратилась к участковому терапевту в поликлинику.</p> <p><b>Жалобы:</b> На повышение температуры до 39,2°C, слабость, утомляемость, боли в грудной клетке, кашель с выделением плевков гнойной мокроты, кровохарканье, выраженная потливость.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> В течение последних 3-х недель отмечает ухудшение в состоянии, появление температуры 37,2°C, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиление кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Росла и развивалась нормально</li> <li>• В анамнезе контакт с больным туберкулезом мужем</li> <li>• В течение последнего года периодически отмечалось ухудшение состояния в виде повышения температуры, сухого кашля по утрам, снижения массы тела.</li> <li>• Злоупотребляет алкоголем, курит</li> <li>• Проживает с 6 летним ребенком в однокомнатной квартире.</li> </ul> <p><b>Объективный статус:</b> Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор снижен. Больная пониженного питания Вес 55кг, рост 165см. Грудная клетка правильной формы, при дыхании отстает правая половина, одышка в покое, ЧДД-24 в минуту, акроцианоз.</p> <p>При перкуссии грудной клетки - резко укорочен звук справа. При аускультации в верхнем отделе правого легкого на фоне</p>

			<p>бронхиального дыхания выслушиваются сухие и влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС 110 в минуту. Акцент 2 тона над легочной артерией. АД 100/60 мм.рт.ст. живот втянут. Печень селезенка не увеличены, дизурических явлений не отмечается. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л - отрицательная. Диаскин тест - отрицательная.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. К необходимым для постановки диагноза исследованиям относят:</li> <li>2. К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования является:</li> <li>3. Отрицательная реакция диаскинтеста является проявлением:</li> <li>4. Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь предполагают:</li> <li>5. На основании полученных результатов исследования данной больной можно поставить диагноз: Осложнением основного заболевания является:</li> <li>6. Клиническая картина казеозной пневмонии обычно характеризуется, как и в данном случае:</li> <li>7. Аускультация при казеозной пневмонии характеризуется:</li> <li>8. При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью целесообразно применять антибактериальные препараты</li> <li>9. Основным морфологическим</li> </ol>
--	--	--	---



				<p>отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является</p> <p>10. Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии следует проводить с:</p> <p>11. По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу__ степени.</p>
ОПК-8	<p>Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач</p>	<p>ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ НАЕМОНИЛUS INFLUENZAE, ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А)аминопенициллины</p> <p>Б) оксазолидиноны</p> <p>В) тетрациклины</p> <p>Г) сульфаниламиды</p>	<p>Сценарий «Экстренная медицинская помощь»</p>	<p>Пациентка 56 лет обратилась к врачу- терапевту участковому.</p> <p><b>Жалобы:</b> на кашель с трудноотделяемой вязкой желтоватой мокротой, повышение температуры тела до 37,3°С, слабость, недомогание.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b></p> <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). Настоящее ухудшение в течение 4 дней – на фоне простудного заболевания (боли в горле, першение, заложенность носа) усилился кашель, увеличилось количество мокроты, которая приобрела желтоватый оттенок.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> росла и развивался нормально.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Работает кассиром.</li> <li>•Перенесённые заболевания: пневмония, частые ОРВИ.</li> <li>•Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.</li> <li>•Вредные привычки: курит с 18-летнего возраста (30 сигарет в день).</li> </ul> <p><b>Объективный статус:</b> общее состояние средней звук, при аускультации – жёсткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие базовые хрипы в умеренном</p>

				<p>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 инструментальные 3)В данной клинической 5)В связи с частыми ежегодными обострениями заболевания у больной повышен риск развития 6)Для лечения обострения заболевания показано комбинированное назначение 7)Пациентка относится к____ 9)Пациентке показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и 10) Кратность ежегодного посещения врача-терапевта 11) Лабораторные исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом включают клинический анализ крови и 12)Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом включают спирометрию и</p>
ОПК-9	Способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ А) международного нормализованного отношения(МНО) Б) активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) В) активированного времени рекальцификации (АВР) Г) растворимых	Сценарий «Экстренная медицинская помощь»	<p>На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 64 лет. Жалобы на сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание. Анамнез заболевания. Страдает артериальной гипертензией в течение 5 лет перенесла ОНМК по ишемическому типу 2 года назад. Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. пенсионерка. В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 6 кг 7 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 175/105 мм рт.ст.). Получает периндоприл 8 мг,</p>

		<p>фибрин-мономерных комплексов(РФМК)</p>	<p>гипотиазид 12,5 мг, розувастатин 10 мг. На фоне терапии периндоприлом АД сохраняется на уровне 150/95 мм рт. ст., иногда поднимаясь до 160/100 мм рт.ст. Перенесённые заболевания: холецистэктомия 10 лет назад, ОНМК по ишемическому типу 2 года назад Беременности – 4, роды – 2. Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 58 лет, у отца – рак прямой кишки. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Объективный статус Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,62 м, вес 71 кг, индекс массы тела 27,3 кг/м<sup>2</sup>, t тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 64 в минуту. АД 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Задания: 1)Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2) 2) Какой диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных исследований? 3) Пациентке выполнен расчёт СКФ: СКД-EP1 – 48,3 мл/мин/1,73 кв.м Для уточнения стадии поражения почек необходимо 4) Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи составил 450 мг/г.</p>
--	--	---	--

				<p>С учетом полученных данных обследования (СКД-ЕРІ – 48,3 мл/мин/1,73 кв.м) у пациентки имеет место</p> <p>5) Пациентку можно отнести к группе</p> <hr/> <p>сердечно-сосудистого риска</p> <p>6) Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и</p> <p>7) Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является <math>HbA1c &lt; \text{_____} \%</math></p> <p>8) В качестве сахароснижающей терапии надо назначить</p> <p>9) У пациентки уровень холестерина ЛНП - 2,2 ммоль/л. Учитывая отсутствие достижения целевых значений холестерина, показано</p> <p>10) Целевым для пациентки является АД <math>&lt; \text{_____} \text{ мм рт.ст.}</math></p> <p>11) Учитывая недостаточный гипотензивный эффект периндоприла, гипотиозида, целесообразно усилить гипотензивную терапию комбинацией с</p> <p>12) При использовании в схемах лечения гипотиозида необходимо помнить, что у пациентов с 3b стадией ХБП прием этого препарата ...</p>
ОПК-10	<p>Готовность к обеспечению организации и ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи</p>	<p>ВЕНОЗНУЮ КРОВЬ У ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ БРАТЬ</p> <p>А) всегда в перчатках</p> <p>Б) без перчаток</p> <p>В) используя перчатки по желанию или необходимости</p> <p>Г) используя перчатки только по необходимости</p>	<p>Сценарий «Экстренная медицинская помощь»</p>	<p>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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подберите метод контрацепции.</li> <li>2. Поясните свой выбор</li> <li>3. Какой метод контрацепции может предохранить от инфекции?</li> <li>4. С какой целью высчитывается индекс</li> </ol>

				Перля? 5. Что обозначает «планирование семьи»?
ОПК-11	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 пациента (сердечно-сосудистая система)»	Пациент в возрасте 55 лет обратился к врачу-терапевту. <b>Жалобы на:</b> — одышку при физической нагрузке (ходьба около 100 м по ровной поверхности) — Кашель с мокротой белесоватого цвета, — эпизоды затруднения дыхания, «свистящее» дыхание; — чувство дискомфорта в груди при дыхании. <b>Анамнез заболевания:</b> Считает себя больным около 3-х лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке. Несколько раз в год (до 3-х) отмечает обострения заболевания. Указанные жалобы беспокоят в течение последнего месяца. <b>Анамнез жизни:</b> Пенсионер. Работал водителем. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: хронический гастрит. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Курит по 20 сигарет в день на протяжении 30 лет. <b>Объективный статус:</b> Состояние средней степени тяжести. SpO2 90%, температура тела 36,6°C. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела /1 кг, рост 180 см, ИМТ 21,9 кг/м2. Кожные покровы нормальной окраски, без высыпаний. Грудная клетка бочкообразная, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные

			<p>сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 89 ударов в минуту, АД 139/88 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лабораторным исследованием, необходимым пациенту, является:</li> <li>2. Инструментальными методами исследования, необходимыми пациенту, являются:</li> <li>3. Наиболее верным диагнозом является хроническая обструктивная болезнь легких, с _____ симптомами, _____ риск обострения. Эмфизема легких, пневмосклероз. ДН 1</li> <li>4. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с:</li> <li>5. Индекс курения пациента составляет пачка/лет:</li> <li>6. Кроме бронхолитической терапии, пациенту необходимо назначить:</li> <li>7. Длительно действующими антихолинергиками (ДДАХ) для лечения ХОБЛ являются:</li> <li>8. Основной рекомендацией по нефармакологическому лечению для данного пациента является:</li> <li>9. Короткодействующими ингаляционными бронходилататорами (КАВА), применяющимися при обострении ХОБЛ, являются:</li> <li>10. Пациент 2 месяца назад был привит от гриппа, также показана</li> </ol>
--	--	--	--

				<p>вакцинация против:</p> <p>11. В динамике, после последнего обострения ХОБЛ, спирометрия показана через:</p> <p>12. Кратность посещения врача пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения составляет _____ раз(а) в год:</p>
	<b>Профессиональные (ПК)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
ПК-1	<p>способность и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его</p>	<p>ГРУППОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ) ОРГАНИЗУЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ</p> <p>А) II – III групп здоровья</p> <p>Б) I группы здоровья</p> <p>В) I – II групп здоровья</p> <p>Г) всех трех групп здоровья</p>	<p>Сценарий «Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)»</p>	<p>Больная 21 года, студентка, обратилась в поликлинику</p> <p><u>Жалобы.</u> На появление отеков голеней и стоп, боли в суставах кистей, выпадение волос, повышение температуры тела до 37,5 С, покраснение в области носа и щек, слабость</p> <p><u>Анамнез заболевания.</u> В июле впервые отдыхала на море в Турции, уже в конце отдыха появились эритематозные высыпания в области спинки носа и щек, по типу «бабочки», отеки стоп. После возвращения отметила ухудшение состояния: увеличались отеки, появились артралгии мелких суставов кистей, выраженная слабость, субфебрилитет, стали выпадать волосы.</p> <p><u>Анамнез жизни.</u> Перенесенные заболевания и операции: отрицает. Наследственность неотягощена. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. АД-110-120/70 мм.рт.ст.</p> <p><u>Объективный статус</u></p> <p>Состояние средней тяжести. Вес 50 кг, рост 160 см. Кожные покровы бледные, на коже лица эритема по типу «бабочки». Зев не гиперемирован. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень - по краю реберной дуги. Мочиспускание безболезненное. За сутки выделила около 1500 мл мочи (выпила около 1,5 л жидкости).</p>

	обитания			<p>1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования</p> <p>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</p> <p>3. Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у данной пациентки, является</p> <p>4. Наиболее вероятным диагнозом является</p> <p>5. Дифференциальную диагностику волчаночного нефрита следует проводить с</p> <p>6. Показаниями к госпитализации при СКВ с поражением почек являются</p> <p>7. Тактика ведения данной больной заключается в</p> <p>8. Общими немедикаментозными принципами лечения СКВ с поражением почек являются</p> <p>9. Всем больным СКВ с поражением почек рекомендовано назначение</p> <p>10. Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при СКВ являются</p> <p>11. Показаниями для назначения иммуносупрессивной терапии при СКВ с поражением почек являются</p> <p>12. Таргетная терапия ритуксимабом при СКВ с поражением почек оправдана при</p>
ПК-2	Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДУСМОТРЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ КРУПНОМАСШТАБНОЙ КАТАСТРОФЕ, ОТНОСЯТ А) первую медицинскую, доврачебную, первую врачебную Б) любую, которую можно использовать В) первую	Сценарий «Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей»	<p>Мужчина 37 лет обратился к участковому врачу-терапевту.</p> <p><b>Жалобы:</b> на одышку при доступных ранее нагрузках и быструю утомляемость.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> самочувствие ухудшилось несколько дней назад после злоупотребления алкоголем</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> хронических заболеваний в анамнезе нет, не курит, регулярное употребление алкоголя отрицает, профессиональных вредностей не имеет, аллергических реакций не было.</p>



		<p>врачебную и квалифицированную Г)первую медицинскую и доврачебную</p>		<p><b>Объективный статус:</b>  Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 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 является  4)Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как  5)Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является  6)Для оценки риска тромбоэмболических осложнений следует использовать шкалу  7) Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc равна  8) Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данного пациента  9) Восстановление синусового ритма можно провести не ранее, чем через _____ адекватной антикоагулянтной терапии  10) Восстановление синусового ритма без трехнедельной антикоагулянтной подготовки возможно, если  11) До восстановления</p>
--	--	---	--	--

				<p>синусового ритма для уменьшения ЧСС можно использовать;</p> <p>12) После восстановления синусового ритма прием антикоагулянтов следует</p>
ПК-4	Способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения	<p>АКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РАБОТАЮЩИХ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВРЕДНЫХ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА, ОТНОСИТСЯ К ...</p> <p>ДИСПАНСЕРНЫЕ МОСМОТРАМ</p> <p>А) периодическим</p> <p>Б) предварительным</p> <p>В) целевым</p> <p>Г) профилактическим</p>	Сценарий «Сбор жалоб и анамнеза»	<p>Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту</p> <p><b>Жалобы:</b> 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 сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> 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 проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут., дабигатран 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><b>Анамнез жизни:</b> рос и развивался нормально, работал слесарем, вредные привычки</p>

				<p>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.</p> <p><b>Объективный статус:</b> состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Т тела 36,50С. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической аускультации над</p> <p>При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Дефицита пульса нет. ЧСС – 74-80 удара в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет подкожно- жировой клетчатки и асцита: отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14x13x11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.</p> <p>1)Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите2) 2)Необходимыми 3)Какой предполагаемый 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</p> <p>6)Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента _____, которые отсутствуют в ранее назначенной терапии</p>
--	--	--	--	--

				<p>7)Основной целью приема дабигатрана у данного больного является профилактика</p> <p>8)Тактика диуретической терапии при стационарном лечении по рекомендациям, выполнение которых НЕ целесообразно в отношении данного больного, относится</p> <p>12)Сывороточным маркером, определение которого необходимо для расчета СКФ, является</p>
ПК-5	<p>Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания</p>	<p>Обследование больного, обратившегося с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать с</p> <p>1)Ректального пальцевого исследования</p> <p>2)Фиброколоноскопии</p> <p>3)Ректороманоскопии</p> <p>4)Ирригографии</p>	<p>Сценарий «Сбор жалоб и анамнеза»</p>	<p>Пациентка К. 54 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.</p> <p>Жалобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи, с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающих характер опоясывающих;</li> <li>- частый стул до 3-5 раз в день, обильный, “блестящий”, зловонный, трудно смывается с унитаза;</li> <li>- похудание на 1,5 месяца на 7 кг;</li> <li>- ощущение сухости во рту;</li> <li>- повышенную жажду;</li> <li>- кожный зуд.</li> </ul> <p>Анамнез заболевания:</p> <p>У больной 10 лет назад, после приема большого количества жирной пищи, развился приступ болей в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой с примесью желчи, повышением температуры до субфебрильных цифр. В районной больнице, куда срочно была госпитализирована больная, диагностировали острый калькулёзный холецистит и экстренно произведена холецистэктомия. Через 1 неделю после выписки у больной появились периодические ноющие боли в области левого подреберья, возникавшие после</p>

				<p>приёма жирной и острой пищи. К врачам больная не обращалась, обследование не проводилось. По совету друзей принимала но-шпу и фестал с умеренным эффектом. Ухудшение состояния примерно 6 месяцев назад, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, усиливаясь после приёма пищи, появился частый, зловонный, трудно смываемый с унитаза стул. Похудела на 7 кг. В течение последнего месяца отмечает появление сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда. По поводу кожного зуда была осмотрена дерматологом, кожных заболеваний выявлено не было.</p> <p>Анамнез жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- росла и развивалась нормально;</li> <li>- замужем, имеет двоих здоровых детей;</li> <li>- работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает;</li> <li>- курит по 20 сигарет в день в течение 30 лет, злоупотребление алкоголем отрицает;</li> <li>- в анамнезе - детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь;</li> <li>- не переносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;</li> <li>- наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.</li> </ul> <p>Объективный статус:</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела 26,22 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отёков нет. лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие</p>
--	--	--	--	--

			<p>мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких звук ясный. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд. 1 мин., ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезёнка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Керте. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.</p> <p>1. У больной наиболее вероятным диагнозом является</p> <p>2. Ведущим в клинической картине хронического панкреатита у больной является синдром</p> <p>3. В течение последнего месяца заболевания у больной развился синдром</p> <p>4. Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита является</p> <p>5. Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной,</p>
--	--	--	---

				<p>целесообразно использовать определение</p> <p>6.Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение</p> <p>7.О тяжёлой степени экзокринной недостаточности говорит содержание эластазы-1 в кале равной _____ мкг/г</p> <p>8.Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение</p> <p>9.Минимальная доза заместительной полиферментной начальной терапии должна назначаться из расчета</p> <p>10.При развитии панкреатогенного сахарного диабета (тип IIIc) лечение, в большинстве случаев, должно проводиться</p> <p>11.Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является</p> <p>12.У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения</p>
ПК-6	<p>Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия</p>	<p><b>АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</b></p> <p>1)Кровоточащий геморрой</p> <p>2)Острый парапроктит</p> <p>3)Декомпенсированная сердечная недостаточность</p> <p>4)Тяжелая форма НЯК</p>	<p>Сценарий «Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)»</p>	<p>Мужчина 34 лет, учитель, обратился в поликлинику.</p> <p><u>Жалобы</u></p> <p>На повышение АД (максимально до 160/100 мм рт. ст.), повышенную утомляемость, периодически - тянущие боли в поясничной области, головные боли.</p> <p><u>Анамнез заболевания</u></p> <p>Эпизоды повышения АД отмечает в течение 2 лет, к врачу не обращался, для снижения АД периодически принимал антигипертензивные препараты различных групп. Со слов больного, 7 лет назад при УЗИ были выявлены кисты в почках</p> <p><u>Анамнез жизни</u></p> <p>Перенесенные заболевания, операции: редкие ОРВИ.</p> <p>Наследственность: у матери были кисты в почках, умерла в возрасте 45 лет от ОНМК, об отце ничего не знает (родители</p>

	заболевания			<p>были в разводе), о других кровных родственниках данных нет.</p> <p>Вредные привычки: курит более 5 лет (1/2 пачки сигарет в сутки), алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.</p> <p><u>Объективный статус</u></p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное.</p> <p>Температура тела 36,5°C, рост 182, вес 74 кг, ИМТ - 22,3 кг/ м2.</p> <p>Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный; выслушивается систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 70 уд/мин., АД - 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются</li> <li>2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования</li> <li>3. Наиболее вероятным диагнозом является</li> <li>4. Ультразвуковым критерием поликистозной болезни почек (ПБП) у пациента 34 лет является обнаружение</li> <li>5. У данного пациента стадия хронической болезни почек (ХБП) по уровню фильтрации соответствует</li> <li>6. Внепочечные проявления поликистозной болезни почек включают</li> <li>7. Необследованным кровным родственникам пациента с поликистозной болезнью почек в первую очередь необходимо провести</li> </ol>
--	-------------	--	--	--



				<p>8. Скрининг на наличие сосудистых аневризм необходимо проводить</p> <p>9. Для лечения артериальной гипертензии при поликистозной болезни почек патогенетически обоснованным выбором является применение</p> <p>10. Тактика ведения больных поликистозной болезнью почек при частых или хронических болях в проекции почек включает</p> <p>11. Оптимальным методом лечения терминальной почечной недостаточности при поликистозной болезни почек является</p> <p>12. У больных с поликистозной болезнью почек (ПКБ) факторами ее более быстрого прогрессирования являются</p>
ПК-7	<p>Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека</p>	<p>НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО</p> <p>А) частнопрактикующий врач при наличии соответствующей лицензии</p> <p>Б) врач, не состоящий в штате медицинской организации (индивидуальной предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность)</p> <p>В) врач станции переливания крови</p> <p>Г) врач «скорой медицинской помощи»</p>	<p>Сценарий «Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей»</p>	<p>Пациентка С. 54 года на осмотре у врача-гастроэнтеролога.</p> <p>Жалобы:</p> <p>на ноющие боли в эпигастральной области на голодный желудок, боли затихают после приема пищи и появляются вновь через 1,5-2 часа после еды;</p> <p>ночные боли; чувство тяжести после еды; метеоризм; общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания:</p> <p>Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда после стресса появились боли в эпигастральной области. Питается нерегулярно, часто соблюдает диеты для снижения массы тела. При ЭГДС впервые обнаружена язва в луковице 12 пк. Принимала омепразол, альмагель с положительным эффектом. Исследование на инфекцию <i>H.pylori</i> не проводилось. При ухудшении самочувствия: изжоге, отрыжке воздухом, боли в эпигастрии, самостоятельно принимала омепразол в течение 2-3 недель. Отмечает сезонность обострений в весенне - осенний период. При обострении в июле 2019 г., проведена ЭГДС, выявлено: в антральном отделе по малой</p>

				<p>кривизне язва овальной формы, дно покрыто фибрином 1,0х0,7х0,5 см в пилорическом канале язва покрытая фибрином, размерами 0,4х0,4х0,1 см. по назначению врача принимала Эманера 20 мг 2 раза в день в течение месяца. Анализ кала на АТ к <i>H.pylori</i> проведён без отмены ИПП, результат - отрицательный. Около недели назад, после погрешности в диете отметила появление голодных болей в эпигастральной области, изжогу, усиливающуюся в горизонтальном положении. В связи с чем обратилась к гастроэнтерологу.</p> <p>Анамнез жизни:</p> <p>Родилась в 1965, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту.</p> <p>Образование высшее филологическое. В настоящее время не работает.</p> <p>Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции отрицает.</p> <p>Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. С 54 лет менопауза. Беременностей - 1, роды - 1. наследственность: у отца язвенная болезнь.</p> <p>Объективный статус:</p> <p>Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 160 см, вес 84кг. ИМТ=32,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые. Избыточное развитие подкожно-жирового слоя. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезёнка не</p>
--	--	--	--	---

				<p>увеличены. Симптом “поколачивания” по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.</p> <p>1.Для постановки полного диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются</p> <p>2.Необходимым инструментальным методом обследования для постановки правильного диагноза является</p> <p>3.Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз</p> <p>4.При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки к типичным относят боли</p> <p>5.Золотым стандартом в диагностике <i>H. pylori</i> является</p> <p>6.Серологический метод выявления антител <i>H. pylori</i> используется только при</p> <p>7.Средством базисной терапии обострений язвенной болезни являются</p> <p>8.Среди всех ингибиторов протонной помпы самое низкое сродство к системе цитохрома P450 проявляют</p> <p>9.Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию</p> <p>10.Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)</p> <p>11.Контроль эрадикации <i>H. pylori</i> после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)</p> <p>12.Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет ____ раз/раза</p>
ПК-8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими заболеваниями	НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В КАРДИАЛЬНО	Сценарий «Экстренная медицинская помощь»	<p>Больной 44 лет, сотрудник МВД, обратился в поликлинику.</p> <p><u>Жалобы</u></p> <p>На потемнение цвета мочи, в течение суток после начала носоглоточной инфекции,</p>

	кими формами	М ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ: 1)дисфагия 2)боль за грудиной 3)рвота 4)боль в эпигастральной области	<p>пастозность ног.</p> <p><u>Анамнез заболевания</u></p> <p>Подобные эпизоды потемнения цвета мочи вслед за обострением фарингита, тонзиллита стереотипно наблюдаются в течение последних пяти лет, в течение недели нормальный цвет мочи обычно восстанавливался. В клинических анализах мочи в этот период: белка до 1 г/л, в осадке эритроцитов до 80-100 в п/з. Дважды исследовал в период обострения уровень иммуноглобулина А (15А) - он был повышен. Креатинин за эти годы - в пределах нормы -78-80 мкмоль/л.</p> <p><u>Анамнез жизни</u></p> <p>Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с частыми обострениями (лечение - самостоятельное)</p> <p>Наследственность неотягощена</p> <p>Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет</p> <p>Рабочее АД - 110-130/90 мм.рт.ст.</p> <p><u>Объективный статус</u></p> <p>Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 173 см. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Миндалины умеренно увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень - по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.</p> <p>1. Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные</p>
--	-----------------	---	--

				<p>методы обследования</p> <p>2. В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить</p> <p>3. Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у пациента, является</p> <p>4. Наиболее вероятным диагнозом является</p> <p>5. Дифференциальную диагностику IgA-нефропатии следует проводить с</p> <p>6. Показаниями к госпитализации при IgA -нефропатии являются</p> <p>7. Тактика ведения данного больного заключается в</p> <p>8. Общие немедикаментозные принципы лечения IgA-нефропатии заключаются в</p> <p>9. Препаратами для лечения пациентов с IgA-нефропатией с протеинурией до 1 г в сутки при нормальной СКФ являются</p> <p>10. Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при изолированном мочевоом синдроме являются</p> <p>11. Показаниями к иммуносупрессивной терапии IgA-нефропатии являются</p> <p>12. К лабораторным критериям неблагоприятного прогноза IgA-нефропатии относятся</p>
ПК-9	<p>Готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях стационара</p>	<p>Количество ежегодных осмотров больных хронической болезнью почек СЗБ при диспансерном наблюдении составляет:</p> <p>1)4</p> <p>2)1</p> <p>3)2</p> <p>4)3</p>	<p>Сценарий «Диспансеризация»</p>	<p>Пациентка Б. 56 лет на осмотре врача - гастроэнтеролога.</p> <p>Жалобы:</p> <p>на боли в эпигастральной области, ноющего характера, без четкой связи с приёмом пищи, жжение в эпигастрии после еды; редко изжогу, кислый привкус во рту; слабость, повышенную утомляемость.</p> <p>Анамнез заболевания:</p> <p>В возрасте 30 лет, на фоне сильного стресса появились голодные боли в эпигастрии и правом подреберье, при</p>

				<p>обследовании выявлена язва луковицы 12 пк. После лечения боли не повторялись. Считает себя больной с осени 2017 г., когда после работы в саду стала отмечать боли в коленных суставах, после обследования у ревматолога установлен диагноз артрозоартрит коленных суставов. Назначен приём препарата Арта в течение 0,5 года с последующими повторными курсами. при усилении болей в коленных суставах самостоятельно принимала диклофенак 100 мг. Весной 2018 г. появились боли в эпигастральной области, которые пациента купировала приёмом альмагеля А. С мая месяца, боли носят постоянный характер, приём альмагеля, но-шпы боли не купирует и пациентка обратилась к гастроэнтерологу.</p> <p>Объективный статус:</p> <p>Состояние относительно удовлетворительное. Рос 160 см, вес 87 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Гиперстенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Деформация коленных суставов. При перкуссии лёгких ясный легочной звук. При аускультации везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту. АД 130/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области, правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом “поколачивания” отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета без патологических примесей.</p> <p>1.Необходимым методом</p>
--	--	--	--	---

				<p>исследования для постановки правильного диагноза является</p> <p>2.Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз</p> <p>3.Для лечения и профилактики НПВП-гастропатии наиболее эффективны</p> <p>4.Антисекреторным препаратом - ингибитором протонной помпы является</p> <p>5.Среди ингибиторов протонной помпы (ИПП) самое низкое сродство с цитохромом Р450 проявляют</p> <p>6.Повысить эффективность лечения НПВП-гастропатии позволяет приём</p> <p>7.Перед длительным назначением НПВП рекомендуется</p> <p>8.При высоком риске развития НПВП-гастропатии следует отдавать предпочтение</p> <p>9.К селективным ингибиторам ЦОГ-2 относят</p> <p>10.Риск осложнений при НПВП-гастропатии повышается при одновременном приеме НПВП и</p> <p>11.Риск развития НПВП-гастропатии меньше при лечении</p> <p>12.Основным отличием симптоматических язв от язвенной болезни является величина язвы</p>
ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной	При сочетании тяжелого гипотиреоза со стенокардией ПФК надлежит 1)начать лечение с больших доз тироксина 2)назначить ТТГ 3)начать лечение с малых доз тироксина 4)отказаться от лечения гипотиреоза	Сценарий «Экстренная медицинская помощь»	<p>Вызов врача на дом к пациентке 65 лет</p> <p><b>Жалобы:</b> на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой половины лица, чувство жжения и распирания в ней.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> вечером остро с озноба, повышение температуры тела до 38,2°C, головной боли, слабости, лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом, заметила отек и покраснение в области щек и носа.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Пенсионерка проживает в отдельной квартире с дочерью и</p>

	медицинской помощи			<p>внуком.</p> <p>Данным заболеванием болеет первый раз.</p> <p>Вредные привычки: отрицает.</p> <p>За несколько дней до заболевания пациента перенесла ОРВИ, после которого на слизистой носа оставались корочки и трещинки</p> <p><b>Объективный статус:</b></p> <p>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 подтверждения предполагаемого диагноза (выберите 2)</p> <p>2) Какой основной диагноз?</p> <p>3) Диагностическим критерием местного очага воспаления при роже является эритема</p> <p>4) К первичным элементам рожистого очага относят</p> <p>5) К провоцирующим факторам при роже относят</p> <p>6) Предрасполагающим фактором для возникновения рожи является</p> <p>7) К общим осложнениям рожи относится</p> <p>8) Для лечения первичной неосложненной рожи применяют</p> <p>9) В комплексном лечении рожи используют</p>
--	--------------------	--	--	--



				<p>10) Вариантом бициллинопрофилактики при роже является</p> <p>11) Показанием для профилактического назначения бициллина-5 больным рожей является</p> <p>12) Методом профилактики рецидивов рожи является</p>
ПК-11	<p>Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ТРАНСМУРАЛЬНЫМ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА</p> <p>А) произвести дефибрилляцию</p> <p>Б) ввести строфантин</p> <p>В) ввести пропранолол</p> <p>Г) ввести кордарон</p>	<p>Сценарии «Экстренная медицинская помощь»</p>	<p>Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 2-й день болезни.</p> <p><b>Жалобы:</b> на повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> заболела остро, ночью с появления озноба, головной боли, тошноты, многократной рвоты (до 4-х раз), приносящей кратковременное облегчение, более 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.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> работает на хлебопекарном комбинате.</p> <p>Аллергоанамнез: не отягощен.</p> <p>Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (2 года назад). Гинекологический анамнез не отягощен.</p> <p>Вредные привычки: отрицает.</p> <p>Не замужем, детей нет.</p> <p>Проживает в отдельной квартире.</p> <p>Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома и на работе. Выяснено, что ежедневно по утрам выпивает по два сырых перепелиных яйца.</p> <p><b>Объективный статус:</b></p>

				<p>Температура тела 38,3°C.</p> <p>Кожные покровы бледные, сухие, кисти и стопы холодные.</p> <p>Цианоз носогубного треугольника.</p> <p>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, АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.</p> <p>Тошноты, позывов на рвоту нет.</p> <p>Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз.</p> <p>Диурез снижен.</p> <p>Судороги мышц кистей, кратковременные.</p> <p>1)Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)</p> <p>2)Какой диагноз можно предположить у данной больной?</p> <p>3)У данной больной определяется ____степень обезвоживания</p> <p>4)Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с</p> <p>5)Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется степенью обезвоживания и</p> <p>6)Тактика ведения данного больного 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)Правилom выпиcки реконвалесцента, относящегося</p>
--	--	--	--	---

				<p>к декретированной группе инфекцией, составляет</p> <p>12) Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекцией, составляет</p>
ПК-12	<p>Готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов</p>	<p>НАЧАЛО РОДОВ</p> <p>ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>А) появлением регулярных схваток</p> <p>Б) отхождением околоплодных вод</p> <p>В) отхождением слизистой пробки</p> <p>Г) появлением схваток Брекстона-Гикса</p>	<p>Сценарий «Диспансеризация»</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 периода изгнания у первородящих.</p> <p>4. Какова продолжительность и частота потуг при нормальном течении родового акта?</p>
ПК-13	<p>Готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации</p>	<p>АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ И ЭТИЛЕНГЛИКОЛОМ (ТОРМОЗНОЙ ЖИДКОСТЬЮ)</p> <p>ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) этиловый спирт</p> <p>Б) гидрокарбонат натрия</p> <p>В) перманганат калия</p> <p>Г) атропин</p>	<p>Сценарий «Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей»</p>	<p>Мужчина 68 лет обратился на прием в поликлинику.</p> <p><b>Жалобы:</b> на ноющую, давящую, сжимающую боль за грудиной, 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 рт.ст, адаптирован к 140/80 мм рт.ст.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b></p> <p>Синдром в грудной клетке начал</p>

				<p>беспокоить около 10 лет назад. 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 болей самостоятельно, однократно пробовал принимать нитроглицерин, однако в связи с возникшей головной болью в дальнейшем от препарата отказался.</p> <p>Настоящее ухудшение около месяца назад, когда впервые стал ощущать прогрессивное снижение переносимости физических нагрузок, возникновение приступов загрудинных болей на фоне незначительной нагрузки (подъем на 1 лестничный пролет). В связи с этим обратился на прием к терапевту поликлиники.</p> <p>Повышение артериального давления беспокоит около 15 лет, по этому поводу не обследовался, постоянная гипотензивная терапия не назначалась. Перенесенные инсульты и инфаркты отрицает.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> рос и развивался нормально. Работает учителем труда в школе. Перенесённые заболевания, операции: геморрой, ремиссия; 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><b>Объективный статус:</b> Состояние средней степени розового цвета. При</p>
--	--	--	--	--

				<p>аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, в области верхушки сердца выслушивается систолический шум малой интенсивности. При выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 140/80 мм рт.ст.</p> <p>Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.</p> <p>1)Выберите наиболее правильное сочетание лабораторных методов обследования, необходимое для постановки диагноза</p> <p>2)Для постановки диагноза из инструментальных</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 сердечно-сосудистых событий данному пациенту необходимо назначить следующие группы препаратов</p> <p>7)Терапия стабильной ишемической болезни сердца первой линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает назначение короткодействующих нитратов и</p> <p>8)Терапия стабильной ишемической болезни сердца второй линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает сочетание таких препаратов как</p> <p>9)У пациента со стабильной ишемической болезнью сердца (с точки зрения эффективности и безопасности) оптимальной является доза аспирина _____мг/сут</p> <p>10)В _____случае данного, конкретного пациента должно быть достигнуто целевое значение уровня ЛПНП менее _____ммоль/л _____или</p>
--	--	--	--	--

				<p>уменьшение более чем на 50% от исходного, если невозможно достичь уровня ЛПНП в _____ммоль/л</p> <p>11) У пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией предпочтительно использование следующей комбинации препаратов</p> <p>12) Вы направили пациента госпитализацию. Больные со стенокардией _____ ИФК наблюдаются _____ врачом-кардиологом _____ поликлиники с частотой визитов до _____ раз в год.</p>
ПК-14	<p>Готовностью к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>К ПЕРВИЧНЫМ БОЛЬШИМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ПО РЕЙТИНГАМ ВОЗ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) инфекционное заболевание</p> <p>2) вид профессиональной деятельности</p> <p>3) климатические условия в районе проживания</p> <p>4) гиподинамия</p>	<p>Сценарий «Диспансеризация»</p>	<p>Мужчина 58 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом.</p> <p><b>Жалобы:</b> 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> <p><b>Анамнез заболевания:</b> 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 _____</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> Рос и развивался нормально. 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.</p> <p>Вредные привычки: курит около 40 лет по ½ - 1 пачке сигарет в день, _____ злоупотребление алкоголем _____ отрицает.</p> <p><b>Объективный статус:</b> общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. ИМТ=28 кг/м<sup>2</sup>. ЧДД – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны</p>

				<p>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)</p> <p>2)При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ</p> <p>3)Какой основной диагноз?</p> <p>4)Для стратификации риска неблагоприятного исхода необходимо определить сумму баллов по шкале</p> <p>5)Пациенту необходимо выполнить</p> <p>6)Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегационную терапию в нагрузочной дозе</p> <p>7)Пациенту показан/показано</p> <p>8)В качестве антиишемического препарата необходимо назначить</p> <p>9)Пациенту необходимо назначить аторвастатин в дозе _____мг/сут</p> <p>10)Двойная антиагрегационная терапия показана пациенту в течение_____мес.</p> <p>11)Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и</p> <p>12)пациенту необходимо рекомендовать</p>
ПК-15	<p>Готовностью к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля</p>	<p>В ПИТАНИИ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРВОЕ МЕСТО СРЕДИ ОГРАНИЧЕНИЙ УПОТРЕБЛЕНИЕ</p> <p>А)поваренной соли</p> <p>Б)растительных жиров</p> <p>В)углеводов</p> <p>Г)воды</p>	<p>Сценарий «Физикальное обследование пациента (дыхательная система)»</p>	<p>Мужчина 45 лет обратился к врачу-терапевту.</p> <p><u>Жалобы</u></p> <p>На острую боль в левом коленном суставе, усиливающуюся при движениях, повышение температуры тела до 38,5оС.</p> <p><u>Анамнез заболевания</u></p> <p>Заболел остро 2 дня назад, когда после травмы (упал на лестнице, ушиб левый коленный сустав) в ночное время появились и стали нарастать указанные выше жалобы. Ранее подобных</p>

	<p>я основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний</p>		<p>эпизодов не возникало, однако, со слов пациента, в течение последних 2-х лет периодически беспокоили болезненность при движениях, припухание и покраснение в области I плюснефалангового сустава слева, чаще в зимнее время, 2-3 раза в год. К врачам не обращался. В течение 4-х лет - мочекаменная болезнь, камень правой почки (выявлен случайно при ультразвуковом обследовании), в течение последнего года эпизодически отмечает повышения артериального давления до 160/90 мм рт. ст., регулярной терапии не получает.</p> <p><u>Анамнез жизни</u></p> <p>рос и развивался соответственно возрасту; работает начальником отдела в банке; перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год;</p> <p>алкоголь употребляет 5-6 раз в месяц, Стаж курения 10 лет по половине пачки в день, не курит последние 5 лет;</p> <p>профессиональных вредностей не имеет;</p> <p>аллергических реакций не было;</p> <p>мать умерла в возрасте 70 лет от инфаркта миокарда.</p> <p><u>Объективный статус</u></p> <p>Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,6оС. Телосложение гиперстеническое. Рост 176 см, вес 98 кг. ИМТ 31,64 кг/м2. Окружность талии 104см. Гиперемия лица. Левый коленный сустав деформирован, кожные покровы над ним ярко гиперемизированы, горячие на ощупь. Имеется несколько линейных ссадин в области надколенника, прикрытых струпом. Объем активных движений в суставе значительно ограничен из-за боли («с большим трудом добрался до поликлиники»), пассивные движения ограничены, резко болезненны. Правый коленный сустав без видимой патологии. По другим суставам без</p>
--	--	--	---



				<p>особенностей.</p> <p>В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный над всеми легочными полями. Тоны сердца приглушены во всех точках аускультации, ритм правильный, шумов и дополнительных тонов не выслушивается. АД 140/90 мм рт. ст., ЧСС 86 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При подозрении на впервые возникший приступ острого подагрического артрита пациенту показано провести</li> <li>2. Диагностика острого развившегося артрита, подозрительного на дебют подагры, включает</li> <li>3. В случае невозможности проведения исследования синовиальной жидкости, для верификации дебюта подагрического артрита левого коленного сустава у данного больного можно было бы провести левого коленного сустава</li> <li>4. На основании проведенного пациенту обследования диагноз может быть сформулирован как</li> <li>5. По результатам проведенного обследования пациенту может быть диагностирована стадия подагры</li> <li>6. Для купирования острого подагрического артрита</li> <li>7. Лечение колхицином пациенту следует начинать с дозы мг/сут</li> <li>8. Модификация диеты пациента, учитывая диагностированную у него подагру, должна состоять в ограничении</li> <li>9. Дальнейшая тактика ведения пациента должна состоять в</li> <li>10. Уратснижающим препаратом «первой линии» для данного пациента является</li> <li>11. Целью уратснижающей терапии у данного пациента будет достижение уровня порогового значения урикемии менее МКМОЛЬ/Л</li> </ol>
--	--	--	--	--

				12. Абсолютным показанием для безотлагательного назначения уратснижающей терапии является
ПК-16	Готовностью к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни	ИЗ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ, СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ А) образ жизни Б)здоровоохранение В)наследственность Г) внешняя среда	Сценарий «Диспансеризация»	<p>Пациент Н. 42 года, обратился к врачу общей практики.</p> <p><u>Жалобы</u> На сильные боли в плюснефаланговых суставах I-ых пальцев обеих стоп, левом голеностопном суставе, усиливающиеся в ранние утренние часы и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах.</p> <p><u>Анамнез заболевания</u> Впервые на фоне полного благополучия ночью появились сильные, жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца правой стопы около 1,5 лет тому назад. Повысилась температура тела до 38,8°C. Сустав припух, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой, движения в суставе стали невозможны из-за нестерпимой боли. К врачам пациент не обращался, принимал самостоятельно диклофенак 100 мг в сутки. Через 3-4 дня боли в I плюснефаланговом суставе правой стопы прошли, через неделю прошла припухлость сустава. Второй приступ боли возник последовал примерно полгода назад, боли в суставе носили аналогичный характер, сопровождалась субфебрилитетом, недомоганием.Эпизодически наблюдаются подъемы артериального давления до 160/100 мм рт. Ст.</p> <p><u>Анамнез жизни</u> Пять лет назад обнаружена язва луковицы 12-перстной кишки. Алкоголь употребляет в умеренном количестве.</p> <p><u>Объективный статус</u> Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Температура тела - 36,8°C. Рост 176 см, вес - 98 кг. Окружность талии - 102</p>

			<p>см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Тоны сердечные ритмичные, ясные, шумов нет. ЧСС - 78 уд в 1 мин. Пульс, ритмичный одинакового наполнения и напряжения с обеих сторон, 78 уд. в 1 мин. АД - 135/75 мм рт. ст. на обеих руках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, край печени мягкий, безболезненный при пальпации. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре суставов: деформация левого голеностопного суставов и 1-ых плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами гиперемирована, локальная гипертермия. Движения в суставах с болезненным ограничением.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гиперурикемия у пациента будет диагностирована при уровне мочевой кислоты в сыворотке <math>&gt; 660 \text{ мкмоль/л}</math></li> <li>2. «Золотым стандартом» в диагностике подагры является</li> <li>3. При невозможности исследования синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии всем пациентам показано проведение</li> <li>4. Проведение диагностической пункции сустава для подтверждения диагноза подагры показано</li> <li>5. На ранних этапах болезни не рекомендуется выполнение</li> <li>6. Визуальным признаком подагрического поражения сустава при ультразвуковом исследовании является симптом</li> <li>7. Для купирования приступа острого подагрического артрита показано назначение препаратов</li> <li>8. С учетом того, что у пациента в анамнезе язва луковицы 12-перстной кишки, для купирования приступа подагрического артрита целесообразно выбрать следует сделать в пользу</li> </ol>
--	--	--	---

				<p>9. Для профилактики приступов артрита всем пациентам в течение первых месяцев после начала уратснижающей терапии необходимо использовать колхицин в суточной дозе мг</p> <p>10. При дообследовании СКФ-ЕР! Пациента составила 84 мл/мин/1,73м2. В качестве препарата первой линии уратснижающей терапии пациенту рекомендуется назначение</p> <p>11. Целевое значение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови на фоне лечения не должно опускаться ниже — мкмоль/л</p> <p>12. При наличии артериальной гипертензии у пациентов с подагрой показано назначение</p>
ПК-17	Способность ю к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	<p>ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <p>А) отчет станции, отделения (больницы) скорой медицинской помощи (ф.40)</p> <p>Б) дневник работы станции (отделения) скорой медицинской помощи (115/у)</p> <p>В) журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (ф.109/у)</p> <p>Г)карта вызова скорой медицинской помощи (ф. 110/у)</p>	Сценарий «Сбор жалоб и анамнеза»	<p>Больная З., 57 лет, юрист, обратилась к врачу-терапевту участковому</p> <p><b>Жалобы:</b> на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, однократную многократный жидкий стул, сухость во рту, жажду</p> <p><b>Анамнез заболевания</b></p> <p>Считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появились боли в эпигастральной области, возникающие после приема жирной пищи (жареная утка, торт 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.</p>

				<p><b>Анамнез жизни:</b> Росла и развивалась соответственно возрасту. Бытовые 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><b>Объективный статус:</b> Состояние удовлетворительное. Звучные, ритм правильный. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 132/80 мм рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптом Ортуэра 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 поставить данной больной?</p> <p>4.К возможным осложнениям основного заболевания относится</p> <p>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 относят</p> <p>12.Препаратами выбора для лечения гипертонической болезни у данной больной являются</p>
ПК-18	<p>Готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>ЛИЦЕНЗИРОВАН ИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ К ФОРМЕ</p> <p>А)государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности</p> <p>Б)ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности</p> <p>В)внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности</p> <p>Г)вневедомственно го контроля качества и безопасности медицинской деятельности</p>	<p>Сценарий «Диспансеризация»</p>	<p>Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приёма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чёрный «дегтеобразный» стул.</p> <p>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.</p> <p>Объективно: состояние тяжести. Кожные покровы бледные.</p> <p>Пониженного питания. Язык обложен белым налётом, влажный.</p> <p>В лёгких дыхание везикулярное, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст.</p> <p>Живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шофара.</p> <p>Симптомы раздражения брюшины отрицательные.</p> <p>Стул чёрный «дегтеобразный».</p> <p>Мочеиспускание не нарушено.</p> <p>Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л; эритроциты – <math>3,0 \times 10^{12}/л</math>; лейкоциты <math>8,4 \times 10^9/л</math>; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 61%; эозинофилы – 1%; лимфоциты –</p>

				<p>30%;  моноциты – 4%; СОЭ – 20 мм/час.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>4. Какой группы противоязвенных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в стартовой терапии? Обоснуйте свой выбор.</li> <li>5.Через 2 недели терапии выявлены признаки рубцевания язвы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</li> </ol>
ПК-19	Способность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А)применение двухэтапной системы оказания помощи</p> <p>Б)проведение полного комплекса мероприятий в зоне чрезвычайной ситуации</p> <p>В)трёхэтапная система оказания помощи</p> <p>Г)оказание только специализированной медицинской помощи</p>	Сценарий «Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей»	<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. ВДМ-38 см. Сердцебиение плода глухое, 150-160 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия.</p> <p>PV: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз.</li> <li>2. Обоснование</li> <li>3. Оцените данные размеры таза, повторно их измерив. Определите величину CV, симптом Вастена.</li> <li>4. Рассчитать массу плода.</li> <li>5. О каком осложнении свидетельствует кровянистых выделений.</li> </ol>

				Дальнейшая тактика.
ПК-20	Готовностью к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	<p><b>ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</b></p> <p>А)комплексом мероприятий, направленных на предупреждение рождения или зачатия детей с наследственными заболеваниями</p> <p>Б)комплексом мероприятий, направленных на предотвращение развития унаследованного заболевания</p> <p>В)фенотипической коррекцией дефекта</p> <p>Г)комплексом мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования наследственного заболевания</p>	Сценарий «Диспансеризация»	<p>Больная 54 лет обратилась в поликлинику.</p> <p><b>Жалобы:</b> боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам – стул через день, иногда через 2 дня.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> 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.</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия, перелом лучевой кости в типичном месте два года назад.</p> <p>Наследственность: родители умерли в старческом возрасте. Аллергии на медикаменты нет. Вредных привычек нет.</p> <p><b>Объективный статус:</b> состояние удовлетворительное. Рост – 163 см, масса тела – 66 кг, индекс массы тела – 24,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, 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 постановки диагноза лабораторные методы обследования</p> <p>2.Выберите необходимые постановки инструментальные обследования (выберите 2)</p> <p>3.Какой диагноз основного заболевания можно поставить</p>



				<p>больной на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследования?</p> <p>4.Инструментальное исследование кишечника данной пациентке следует 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>
ПК-21	Способность ю к участию в проведении научных исследований	РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ПОКАЗАТЕЛЯМИ А) интенсивности Б)экстенсивности В)наглядности Г) обеспеченности	Сценарии «Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)»	<p>Мужчина 52 лет обратился в поликлинику к участковому врачу-терапевту для прохождения планового осмотра (диспансеризации)</p> <p><b>Жалобы:</b> не предъявляет</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> 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>Аллергоанамнез не отягощен</p> <p><b>Объективный статус:</b> с</p> <p>176 см (ИМТ=25,2 кг/м<sup>2</sup>). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 72 уд./мин., 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</p> <p>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</p>
--	--	--	--	---

				<p>препаратами для этого пациента необходимо проводить</p> <p>12. К возможным методам лечения</p> <p>никотиновой зависимости у этого пациента относят</p>
ПК-22	<p>Готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан</p>	<p>ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА</p> <p>А)заболеваний, обусловленных изменением числа и структуры хромосом</p> <p>Б)мультифакторных заболеваний</p> <p>В) наследственных заболеваний обмена веществ</p> <p>Г)наследственных заболеваний соединительной ткани</p>	<p>Сценарий «Физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)»</p>	<p>Больной 47 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства</p> <p><b>Жалобы</b></p> <p>На периодические ноющие боли в подложечной области, которые возникают через полчаса-час после еды. Последнее время появились неприятные ощущения за грудиной, конкретизировать их не может, связи с физической нагрузкой не отмечает.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b></p> <p>Впервые ноющие боли в подложечной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. По рекомендации тещи при болях принимал омепразол с положительным эффектом. На фоне стресса сильно поправился. Несколько недель назад появились неприятные ощущения за грудиной, провоцирующий фактор их возникновения определить не может, связи с физической нагрузкой не отмечает, рекомендованная родственницей настойка пустырника – без положительного эффекта.</p> <p><b>Анамнез жизни</b></p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у отца в возрасте 53 лет – инфаркт миокарда, у матери – хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.</p> <p><b>Объективный статус</b></p> <p>Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура</p>

				<p> тела 36,6о С. Больной гиперстенического телосложения, признаки абдоминального ожирения. Рост 182, вес 108 кг, ИМТ - 32.6 кг/м2, ОТ 136 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. </p> <p> 1.Обязательными лабораторными методами обследования данного пациента являются  2. Первым этапом инструментальной диагностики будет выполнение  3.Для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо  4.Причиной неприятных ощущений за грудиной у данного пациента является </p>
--	--	--	--	--

				<p>5. На основании результатов объективного осмотра, клинических данных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз</p> <p>6.Лечение, необходимое данному пациенту, включает назначение тройной</p> <p>7. Для уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний пациенту следует рекомендовать</p> <p>8. В России схемой первой линии эрадикационной терапии <i>Helicobacter pylori</i> является схема</p> <p>9.Контроль эрадикации проводят спустя после окончания эрадикационной терапии <i>H. pylori</i></p> <p>10.Помимо уреазного дыхательного теста для контроля эрадикации <i>H. pylori</i></p> <p>11. В случае неэффективности проводимой терапии, рекомендуют назначить классическую четырехкомпонентную схему, которая содержит</p> <p>12.Провоцирующим фактором риска возникновения ГЭРБ у данного пациента можно считать</p>
--	--	--	--	--

**ЧЕК ЛИСТ**  
**Проверяемый навык «Базовая сердечно-легочная**  
**реанимация взрослых и поддержание проходимости**  
**дыхательных путей»**

Дата \_\_\_\_\_ ФИО студента \_\_\_\_\_

№	Действия студента	Отметка о выполнении	
		ДА	НЕТ
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи		
	<i>Приступил к первой помощи пострадавшему с инородным телом верхних дыхательных путей</i>		
2.	Спросил пострадавшего: «Вы подавились?»		
3.	Наклонил пострадавшего вперед		
4.	Нанес 5 ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего		
5.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого удара		
6.	Выполнил 5 надавливаний своим кулаком, накрытым ладонью второй руки, на верхнюю часть живота пострадавшего, обхватив его сз		
7.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого надавливания		
	<i>Определил признаки жизни</i>		
8.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи		
9.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»		
10.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды		
11.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути		
12.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего		
13.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд		
14.	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>		
	факт вызова бригады		
	место (адрес) происшествия		
	количество пострадавших		
	пол		
	примерный возраст		
	состояние пострадавшего		
	объем оказываемой помощи		
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>		
15.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему		
16.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего		
17.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в		

	замок		
18.	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>		
	Совершал 30 надавливаний подряд		
	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины		
	Не сгибал руки в локтях		
	Отсчитывал надавливания вслух		
19.	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>		
	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку		
	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего		
	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки		
	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вд		
	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего		
	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего		
	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего		
	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего		
20.	<i>Применение АНД</i>		
	Включил АНД		
	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего		
	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма		
	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД		
	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда		
	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку		
	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД		
21.	<i>Показатели тренажера</i>		
	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)		
	Адекватное положение рук при надавливаниях (не менее 80%)		
	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)		
	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)		
	Адекватный объем вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)		
22.	<i>Придание устойчивого бокового положения</i>		
	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи		
	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»		
	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего		
	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки		
	Запрокинул голову, открывая дыхательные пути		
	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего		

	Оценил наличие нормального дыхания в течение не менее 7 и не более 10 секунд		
	Расположил ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу		
	Дальнюю руку пострадавшего приложил тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего		
	Согнул дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене поставил её с опорой на стопу		
	Повернул пострадавшего на себя, надавив на колено согнутой ноги		
	Подтянул ногу, лежащую сверху, ближе к животу		
	Слегка запрокинул голову пострадавшего для открытия дыхательных путей		
	Проверил признаки дыхания у пострадавшего		
23.	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия</i>		
	Отсутствовали надавливания на грудную клетку		
	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания		
	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях		
	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)		
	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркала, пёрышка и т.п.)		
	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации		
	Было выбрано неправильное место для нанесения ударов		
	Было выбрано неправильное место для надавливаний на живот		
	Повернул пострадавшего «от себя»		
	Нарушил последовательность придания устойчивого бокового положения		
	Отсутствовала проверка дыхания после придания устойчивого бокового положения		

Ф.И.О. члена ГЭК\_подпись\_\_\_\_\_



Приложение 2.

ЧЕК ЛИСТ

Проверяемый навык «Экстренная медицинская помощь»

Дата \_\_\_\_\_ ФИО студента \_\_\_\_\_

№	Действия студента	Отметка о выполнении	
		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) SpO <sub>2</sub> 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)		
11.	:верное наложение электродов		
12.	:правильная интерпретация ЭКГ		
13.	Д - Правильно и полно оценить неврологический статус (реакция зрачков, глюкометрия и правильная её интерпретация, оценка тонуса мышц)		
14.	Е - Правильно и полно оценить показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование)		
15.	Правильно вызвать помощь специалистов (СМП)		
16.	Скорая медицинская помощь вызывалась только после получения информации о состоянии пациента		
17.	Применение правильного и полного набора ЛС		
18.	Использован оптимальный способ введения		
19.	Использованы верные дозировки		
20.	Использовано верное разведение ЛС		
21.	А повт- Проводилось повторное обследование проходимости дыхательных путей		
22.	В повт- Проводилось повторное обследование функции легких		

23.	С повт- Проводилось повторное обследование сердечно-сосудистой системы		
24.	Д повт- Проводилось повторное обследование неврологического статуса		
25.	Е повт- Проводилось повторное обследование показателей общего состояния		
26.	Последовательность ABCDE-осмотра		
27.	Приоритетность введения ЛС		
28.	Использовались не показанные лекарственные препараты (нашатырный спирт и др.)		
29.	Доктор комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)		

Ф.И.О. члена ГЭК \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Приложение 3.

ЧЕК ЛИСТ  
Проверяемый навык «Внутривенная инъекция»

Дата \_\_\_\_\_ ФИО студента \_\_\_\_\_

	Действия студента	Отметка о выполнении	
		ДА	НЕТ
1.	Установление контакта с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)		
2.	Идентификация пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)		
3.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись к нему по имени и отчеству		
4.	Спросил о наличии/отсутствии аллергических реакций в анамнезе и на вводимое лекарственное средство		
5.	Убедился в наличии добровольного информированного согласия пациента		
6.	Обработал руки гигиеническим способом		
7.	Проверил соответствие медицинского оборудования утверждённым нормативам		
8.	Проверил соответствие лекарственных средств утвержденным нормативам		
9.	Набрал лекарственное средство в шприц в нужной дозировке		
10.	Произвел смену иглы		
11.	Наложил венозный жгут на среднюю треть плеча через ткань/салфетку/бинт		
12.	Дважды обработал место инъекции		
13.	Снял жгут после получения доказательства нахождения иглы в вене		
14.	Получил доказательство нахождения иглы в вене после снятия жгута		
15.	Ввел необходимый объем ЛС		
16.	Оценил состояния пациента во время введения ЛС		
17.	Верно утилизировал шприц		
18.	Наложил давящую повязку		
19.	Оценил состояние пациента после введения ЛС		
20.	Сдал лоток на дезинфекцию и последующую стерилизацию		
21.	Сообщил пациенту о необходимости снятия давящей повязки		
22.	Выбросил смотровые перчатки		
23.	Обработал руки гигиеническим способом		
24.	Сделал отметку о выполненной манипуляции в медицинской документации		

Ф.И.О. члена ГЭК \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

## Приложение 4.

**Рандомный выбор навыков. Выбор осуществляется членом АПК между станциями:  
«Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)» или «Физикальное  
обследование пациента (дыхательная система)», или «Физикальное обследование  
пациента (желудочно-кишечный тракт)»**

### ЧЕК ЛИСТ

**Проверяемый навык «Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая  
система)»**

Дата \_\_\_\_\_ ФИО студента \_\_\_\_\_

№	Действия студента	Отметка о выполнении	
		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 (сперва 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)		
12.	Правильная оценка параметров пульса на сонных артериях (поочередно с двух сторон)		
13.	Правильная оценка параметров пульса на бедренных артериях (сперва с обеих сторон, затем одновременно с лучевой)		
14.	Приступить к измерению АД (правильно задав вопросы о факторах, изменяющих показатели АД)		
15.	Правильное исследование прекардиальной области		
16.	Правильная пальпация пульсации крупных артерий		
17.	Правильная аускультация в точке митрального клапана (совместно с пальпацией сонной артерией)		
18.	Правильная аускультация в точке аортального клапана (совместно с пальпацией сонной артерией)		
19.	Правильная аускультация в точке пульмонального клапана (совместно с пальпацией сонной артерией)		
20.	Правильная аускультация в точке трикуспидального клапана (совместно с пальпацией сонной артерией)		
21.	Правильная аускультация сонных артерий		
22.	Оценка признаков венозного застоя		

23.	Провел аускультацию в точке пульмонального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией		
24.	Провел аускультацию в точке митрального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией		
25.	Провел аускультацию в подмышечной области с целью выявления иррадиации шума с митрального клапана		
26.	Провел аускультацию в точке трикуспидального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией		
27.	Правильно провел аускультацию сердца в положении пациента на левом боку и в положении сидя с небольшим наклоном вперед		
28.	Провел аускультацию легких в симметричных участках спереди, сбоку, сзади		
29.	Обработал оливы и головку стетофонендоскопа спиртовой салфеткой		
30.	Обработал руки гигиеническим способом		
31.	Сформулировал верное заключение*		
32.	Информировал пациента о ходе исследования		

Ф.И.О. члена ГЭК \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ЧЕК ЛИСТ**  
**Проверяемый навык «Физикальное обследование**  
**пациента (дыхательная система)»**

Дата \_\_\_\_\_ ФИО студента \_\_\_\_\_

№	Действия студента	Отметка о выполнении	
		ДА	НЕТ
1.	Установил контакт с пациентом ( <i>поздоровался, предложил сесть, представился, обозначил свою роль</i> )		
2.	Идентифицировал пациента ( <i>попросил назвать ФИО и возраст, сверил данные с медицинской документацией</i> )		
3.	Уточнил самочувствие пациента		
4.	Получил согласие пациента на проведение физикального обследования ( <i>рассказал о процедуре, зачитал информированное добровольное согласие, уточнил наличие вопросов</i> )		
5.	Подготовил все необходимое оборудование		
6.	Обработал руки гигиеническим способом ( <i>имел аккуратные ногти, отсутствие украшений на руках</i> )		
7.	Надел перчатки		
8.	Проверил наличие признаков хронической гипоксии ( <i>оценил положение пациента, цвет кожных покровов, состояние пальцев рук</i> )		
9.	Измерил ЧСС		
10.	Измерил ЧДД		
11.	Оценил носовое дыхание		
12.	Осмотрел миндалины и заднюю стенку глотки		
13.	Измерил температуру тела пациента		
14.	Осмотрел грудную клетку ( <i>оценил форму, наличие деформаций, симметричность и синхронность движения обеих половин грудной клетки, наличие втяжения уступчивых мест, тип и ритм дыхания</i> )		
15.	Пропальпировал лимфатические узлы ( <i>подчелюстные, затылочные, задние шейные, подмышечные</i> )		
16.	Правильно произвел пальпацию грудной клетки ( <i>оценил эластичность, наличие болезненности, голосовое дрожание</i> )		
17.	Правильно произвел сравнительную перкуссию передней поверхности грудной клетки ( <i>в области надключичных ямок, на ключицах, в моренгеймовых ямках, в I-III межреберьях справа и слева и в IV и V межреберьях справа по срединно-ключичным линиям</i> )		
18.	Правильно произвел сравнительную перкуссию боковых поверхностей грудной клетки ( <i>в III-V межреберьях по средним подмышечным линиям</i> )		
19.	Правильно произвел сравнительную перкуссию задней поверхности грудной клетки ( <i>в надостных областях по лопаточным линиям и зонах, расположенных посередине и перпендикулярно линиям, соединяющим внутренние верхние углы лопаток и остистый отросток VII шейного позвонка; в межлопаточном пространстве по околопозвоночным линиям; в подлопаточных областях в VII-IX межреберьях по лопаточным линиям</i> )		
20.	Правильно произвел аускультацию передних отделов легких ( <i>в области надключичных ямок, в I-III межреберьях справа и слева, IV и V межреберьях справа по срединно-ключичным линиям</i> )		
21.	Правильно произвел аускультацию боковых отделов легких ( <i>в III-V</i>		

	<i>межреберьях по средним подмышечным линиям)</i>		
22	Правильно произвел аускультацию задних отделов легких <i>(в надостных областях по лопаточным линиям; в межлопаточном пространстве по околопозвоночным линиям; в подлопаточных областях в VII-IX межреберьях по лопаточным линиям)</i>		
23	При необходимости попросил пациента глубоко подышать ртом и/или откашляться для улучшения слышимости дополнительных дыхательных шумов		
24	Информировал пациента о ходе обследования		
25	Правильно общался с пациентом по завершении обследования <i>(предложил одеться, сообщил о подготовке заключения)</i>		
26	Обработал мембрану и оливы стетофонендоскопа		
27	Снял перчатки и выбросил их в контейнер для сбора отходов класса Б		
28	Обработал руки гигиеническим способом		
29	Сформулировал верное заключение		

Ф.И.О. члена ГЭК \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ЧЕК ЛИСТ**  
**Проверяемый навык «Физикальное обследование**  
**пациента (желудочно-кишечный тракт)»**

Дата \_\_\_\_\_ ФИО студента \_\_\_\_\_

№	Действия студента	Отметка о выполнении	
		ДА	НЕТ
1.	Установил контакт с пациентом ( <i>поздоровался, представился, обозначил свою роль</i> )		
2.	Идентифицировал пациента ( <i>попросил пациента представиться, назвать возраст, сверяя с медицинской документацией</i> )		
3.	Предложил пациенту сесть		
4.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству		
5.	Получил добровольное информированное согласие пациента ( <i>прочитал информированное согласие, рассказал о предстоящей манипуляции, уточнил наличие вопросов</i> )		
6.	Задал все необходимые вопросы ( <i>когда ел, когда последний раз ходил в туалет, есть ли боли в животе</i> )		
7.	Заранее подготовил все необходимое ( <i>стетфонендоскоп, спиртовые салфетки, контейнеры для сбора отходов класса А и Б</i> )		
8.	Проверил сроки годности и целостность оборудования перед началом манипуляции		
9.	Сказал пациенту, как необходимо лечь ( <i>на кушетку, на спину, ноги выпрямлены, руки вдоль тела</i> )		
10.	Обработал руки гигиеническим способом		
11.	Сел на стул рядом с пациентом ( <i>правым боком к пациенту</i> ) и попросил оголить живот		
12.	Сказал, что осматривает живот		
13.	Сказал, что оценивает ладони и пальцы рук ( <i>верно объяснив, как необходимо показать ладони</i> )		
14.	Сказал, что пациенту необходимо опустить нижнее веко, продемонстрировав на себе, как это сделать (для осмотра слизистой оболочки)		
15.	Попросил пациента открыть рот и достать кончиком языка до неба (для осмотра слизистой оболочки)		
16.	Согрел руки перед пальпацией		
17.	Пропальпировал брюшную стенку в левой подвздошной области и оценил напряжение мышц и болезненность ( <i>плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах, смотря на реакцию пациента, с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см</i> )		
18.	Пропальпировал брюшную стенку в правой подвздошной области и оценил напряжение мышц и болезненность ( <i>аналогичным образом</i> )		
19.	Пропальпировал брюшную стенку в области левого фланка живота и оценил напряжение мышц и болезненность ( <i>аналогичным образом</i> )		
20.	Пропальпировал брюшную стенку в области правого фланка живота и оценил напряжение мышц и болезненность ( <i>аналогичным образом</i> )		
21.	Пропальпировал брюшную стенку в области левого подреберья и оценил напряжение мышц и болезненность ( <i>аналогичным образом</i> )		



22	Пропальпировал брюшную стенку в области правого подреберья и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)		
23	Пропальпировал брюшную стенку в эпигастральной области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)		
24	Пропальпировал брюшную стенку в пупочной области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)		
25	Пропальпировал брюшную стенку в надлобковой области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)		
26	Верно оценил состояние апоневроза (кончики согнутых пальцев вдоль белой линии живота, пропальпировал линию на всем протяжении; попросил пациента поднять голову и снова пропальпировал линию на всем протяжении)		
27	Верно оценил состояние пупочного кольца (указательный палец установил в пупочном кольце; пациент поднимает голову)		
28	Оценил наличие симптома флюктуации (попросил пациента расположить ребро ладони вдоль средней линии живота; одна ладонь врача плотно прилегает к боковому фланку живота пациента, другая выполняет резкие толчкообразные движения ладонной поверхностью пальцев)		
29	Верно выполнил пальпацию сигмовидной кишки (сдвигая складку кожи к пупку на 1-2 см; погружая дистальные фаланги в направлении задней стенки живота на глубину более 1 см; пальпация на выдохе пациента)		
30	Верно выполнил пальпацию слепой кишки (аналогичным образом)		
31	Верно определил нижнюю границу желудка (головку стетофонендоскопа установил в эпигастральной области; совершил касательные, итриховые движения от мечевидного отростка в сторону пупка)		
32	Верно выполнил пальпацию поперечной ободочной кишки (ладони на 2-3 см выше найденной границы, по краям от прямых мышц живота; сдвигая кожную складку к пупку на 1-2 см, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см на выдохе пациента)		
33	Верно выполнил пальпацию восходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента)		
34	Верно выполнил пальпацию нисходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента)		
35	Верно определил нижнюю границу печени (выполнил перкуссию по среднеключичной линии из правой подвздошной области до притупления звука)		
36	Верно выполнил пальпацию печени (пациент скрестил руки на груди; субдоминантная рука фиксирует реберную дугу пациента; сомкнутые пальцы доминантной руки на одной линии, на 2 см ниже найденной границы; складка кожи на 1-2 см к пупку; на выдохе пациента погрузил пальцы под реберную дугу и попросил пациента		

	<i>вдохнуть животом)</i>		
37	Верно выполнил перкуссию селезенки		
38	Верно выполнил пальпацию селезенки <i>(в положении пациента на спине, методика аналогична пальпации печени)</i>		
39	Верно выполнил пальпацию брюшной аорты <i>(ладони продольно прямым мышцам живота, пропальпировал, передвигая их от периферии к центру)</i>		
40	Верно выполнил аускультацию брюшной аорты <i>(головка стетофонендоскопа на 2-3 см выше пупка по белой линии живота, плотно прижимая головку стетоскопа, выполнил аускультацию с двух сторон от белой линии живота во время задержки дыхания пациентом по 15 секунд с каждой стороны)</i>		
41	Справился о самочувствии пациента		
42	Обработал руки гигиеническим способом		
43	Верно заполнил заключение*		

Ф.И.О. члена ГЭК \_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_

## Приложение 5.

**Рандомный выбор навыков. Выбор осуществляется членом АПК между станциями:  
«Диспансеризация» или «Сбор жалоб и анамнеза»**

### ЧЕК ЛИСТ Проверяемый навык «Диспансеризация»

Дата \_\_\_\_\_ ФИО студента \_\_\_\_\_

№	Действия студента	Отметка о выполнении	
		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, 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, спереди, сбоку и сзади)		
21.	Предложить пациенту одеться		

22.	Приступить к измерению АД (правильно задав вопросы о факторах, изменяющих показатели АД)		
23.	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)		
24.	Правильно выбрана манжета		
25.	Правильно проверен тонометр		
26.	Правильно наложена манжета (без складок одежды, на плече, выше на 2-2,5 см локтевой ямки, под манжетой проходит два пальца)		
27.	Правильно проведена пальпаторная проба нагнетания манжеты		
28.	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)		
29.	Попытка повторного измерения АД		
30.	Правильное общение с пациентом о завершении исследования		
31.	Приведение оборудования в порядок		
32.	Обработка рук мед. персонала после манипуляции		
33.	Не проводилось обследование стоя		
34.	Не проводилось измерение АД стоя и/или рука на вису		
35.	Результаты измерения АД не округлялись		
36.	Пациента информировали о ходе исследования		
37.	Не делал другие нерегламентированные и небезопасные действия		
38.	Субъективное благоприятное впечатление эксперта		

Ф.И.О. члена ГЭК \_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_

**ЧЕК ЛИСТ**  
**Проверяемый навык «Сбор жалоб и анамнеза»**

Дата \_\_\_\_\_ ФИО студента \_\_\_\_\_

№	Действия студента	Отметка о выполнении	
		ДА	НЕТ
	<b>Начало консультации. Установление контакта с пациентом</b>		
1.	Поздоровался с пациентом		
2.	Позаботился о комфорте пациента (сообщил, где можно расположиться / куда положить вещи / поинтересовался удобно ли пациенту)		
3.	Представился, назвав свои ФИО		
4.	Объяснил свою роль		
5.	Попросил пациента назвать свои ФИО и возраст		
	<b>Сбор информации. Расспрос пациента</b>		
6.	Начал сбор информации с общего, а не конкретного вопроса: «Что привело вас?», «С чем пришли?», «Я вас слушаю», «Рассказывайте» вместо вопросов о конкретных жалобах и проблемах		
7.	Дослушивал ответы пациента до конца, не перебивая уточняющими вопросами, пока пациент не закончит		
8.	Резюмировал сказанное пациентом (обобщал, подводил итог сказанному, чтобы показать, что услышал пациента и проверить правильность своего понимания)		
9.	Проверил наличие других проблем или поводов для обращения, кроме уже ранее озвученной жалобы: «Что еще Вас беспокоит?» или «Какие еще проблемы Вы хотели обсудить?»		
10.	Задавал вопросы из анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента		
11.	Задавал несколько вопросов подряд (серию вопросов)		
	<b>Выстраивание отношений в процессе общения</b>		
12.	Поддерживал зрительный контакт (регулярно, не менее половины от всего времени взаимодействия)		
	<b>Завершение контакта с пациентом</b>		
13.	Обозначил готовность завершить опрос и перейти к осмотру пациента		
	<b>Клинические выводы</b>		

14.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, список проблем/жалоб пациента, например, «Итак, мы выяснили, что пациента беспокоят ...»		
15.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, свои клинические гипотезы (или гипотезу), например, «На основании выявленных жалоб могу предположить, что...»		

Ф.И.О. члена ГЭК \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_