

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Павлов Валентин Николаевич

Должность: Ректор

Дата подписания: 14.06.2018 12:07:54

Уникальный программный ключ:

a562210a8a161d1bc9a34c4a0a3e820ac76b9d73665849e6d6db2e5a4e71d6ee

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

**УТВЕРЖДАЮ**

Ректор

В.Н. Павлов

«16»

06

2018 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИКИ**

### **СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС (ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА, СТАЦИОНАРНАЯ)**

**Программа ординатуры** 31.08.72 Стоматология общей практики

**Форма обучения** очная

**Срок освоения ООП** 2 года  
(нормативный срок обучения)

Курс II

Семестр I

Контактная работа – 72 час

Всего 108 час (3 з. е.)

Практические занятия – 72 час

Самостоятельная

(внеаудиторная) работа – 36 час

Уфа  
2018

При разработке рабочей программы дисциплины (модуля) в основу положены:

- 1) Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012. № 273-ФЗ
- 2) ФГОС ВО по специальности 31.08.72 - Стоматология общей практики (уровень подготовки кадров высшей квалификации – программа ординатуры), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014. №1115. Учебный план подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 – Стоматология общей практики, утвержденный Ученым Советом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России от 26. 05. 2018 г., протокол №6
- 3) Рабочая программа дисциплины специальности 31.08.72- Стоматология общей практики одобрена УМС по ординатуре от 26.05.18г., протокол №6

Председатель УМС

Зигитбаев Р.Н.

Заведующий кафедрой, д.м.н.

Лутфарахманов И.И.

## Содержание рабочей программы

1.	Пояснительная записка	4
2.	Вводная часть	4
3.	Основная часть	6
3.1.	Объем учебной дисциплины (модуля) и виды учебной работы	6
3.2.	Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении	6
3.3.	Разделы учебной дисциплины (модуля), виды учебной деятельности и формы контроля	9
3.4.	Название тем лекций и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)	39
3.10.	Материально-техническое обеспечение учебной дисциплины (модуля)	42
3.11.	Образовательные технологии	42
4..	Методические рекомендации по организации изучения дисциплины	42

## 1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Симуляция в медицинском образовании – современная технология практической подготовки и оценки медицинского персонала, включающая освоение практических навыков, выработку автоматически повторяемых действий, оперативного принятия адекватных решений, основанная на моделировании клинических и иных ситуаций, в том числе рискованных, максимально приближенных к реальным условиям. Симуляционная образовательная программа позволяет моделировать контролируемые, безопасные и воспроизводимые близко к реальности неотложные состояния. Принципиальной особенностью симуляции является абсолютная безопасность для жизни пациента, обучающегося, индивидуальный подход к обучению, высокая усвояемость материала за короткий промежуток времени. В настоящее время считается, что симуляционный курс является одним из наиболее эффективных методов приобретения практических навыков в медицине, нося проблемно - ориентированный подход в обучении.

Актуальность учебной программы дисциплины состоит в необходимости подготовки высококвалифицированных молодых специалистов, обладающих высокой профессиональной компетенцией в первичном звене здравоохранения.

Учебная программа симуляционного курса обеспечивается прежде всего «входными» знаниями и умениями, полученными при изучении биологии, анатомии человека, нормальной физиологии, гистологии, патологической анатомии, патофизиологии, микробиологии, фармакологии, пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики.

## 2. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

### 2.1. Цель и задачи цикла симуляционного курса

**Цель** освоения цикла симуляционного курса – закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения и формирование профессиональных компетенций врача-специалиста, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач в соответствии с квалификационной характеристикой по соответствующей специальности; приобретение и закрепление практических знаний, умений, навыков, необходимых для выполнения конкретных профессионально-должностных обязанностей.

**Задачами** цикла симуляционного курса являются:

- приобретение, систематизация и закрепление знаний, умений и навыков, необходимых в работе врача по специальности;
- овладение полным набором профессиональных и универсальных компетенций в соответствии с квалификационной характеристикой необходимых для работы в профессиональной сфере.

### 2.2. Место модуля «Симуляционный курс» в структуре ООП специальности

Модуль «Симуляционный курс» реализуется в рамках вариативной части Блока 2 специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» на первом курсе в первом семестре программы ординатуры.

### 2.3. Требования к результатам освоения дисциплины.

При изучении данной дисциплины у ординаторов формируются навыки клинической и лабораторно-инструментальной диагностики неотложных состояний, а также оказания первой врачебной помощи при угрожающих жизни состояниях.

Прохождение симуляционного курса направлено на формирование у ординаторов следующих навыков: искусственная вентиляция легких: простейшими методами ("рот-в-рот", "рот-в-нос"), вручную через маску; непрямой массаж сердца; электродефибриляция; интубация трахеи методом прямой ларингоскопии, вслепую через рот и носовые ходы под наркозом и местной анестезией; венепункции, катетеризация периферических и центральных вен у взрослых, пункция и дренирование плевральной полости; очищение дыхательных путей от патологического содержимого; мониторинг центрально гемодинамики и нарушений ритма сердца и прочие практические навыки.

#### Изучение дисциплины направлено на формирование следующих компетенций:

Код Компете нтен ции	Содержание компетенции	В результате обучения специалист должен:			Оценочн ые средства
		Знать	Уметь	Владеть	
ПК-5	-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	-основные и дополнительные методы обследования (лабораторную и инструментальную диагностику; современные методы оценки состояния пациента в критическом состоянии) необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - алгоритм диагностики неотложных состояний -классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики основных критических состояний	-интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования проводить основные и дополнительные методы исследования при критических состояниях для уточнения диагноза	-алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам в критическом состоянии на основании международной классификации и болезней; -алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования алгоритмом оказания помощи при возникновении неотложных	

### 3. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ (Структура и содержание учебной дисциплины)

### 3.1. Объем учебной дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы	Объем часов
Максимальная учебная нагрузка (всего)	36
Обязательная контактная учебная нагрузка (всего)	36
в том числе:	
Лекции	
практические занятия	36
семинары	
Самостоятельная работа обучающегося (всего)	
Вид промежуточной аттестации	зачет

### 3.2. Содержание разделов учебной дисциплины

<i>п/№</i>	<i>№ компетенции</i>	<i>Наименование раздела учебной дисциплины</i>	<i>Содержание раздела</i>
1	ПК 5	<i>Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых</i>	<i>Экстра- и интракардиальные причины остановки сердца и дыхания. Клиника и патофизиология терминальных состояний. Доврачебные реанимационные мероприятия при внезапной остановке дыхания и сердца. Методы восстановления проходимости дыхательных путей. ИВЛ экспираторными методами. Закрытый массаж сердца. Диагностика остановки эффективного кровообращения по ЭКГ. Реанимация при асистолии и электромеханической диссоциации сердца. Реанимация при фибрилляции сердца и пароксизмальной тахикардии без пульса. Методика дефибрилляции.</i>
2	ПК 5	<i>Острый коронарный синдром, кардиогенный шок.</i>	<i>Острый коронарный синдром. Этиопатогенез, клинические проявления, стадии и интенсивная терапия. Этиопатогенез острой дыхательной недостаточности. Интенсивная терапия кардиогенного шока в зависимости от клинических форм. Интенсивная терапия отека легкого.</i>
3	ПК 5	<i>Анафилактический шок. Гиповолемия.</i>	<i>Интенсивная терапия анафилактического шока. Кровопотеря, виды, степени и клиника кровопотери.</i>
4	ПК 5	<i>Тромбоэмболия легочной артерии. Бронхо-</i>	<i>Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности при тромбоэмболии сосудов малого круга кровообращения.</i>

		<i>обструктивный синдром. Спонтанный пневмоторакс. Инородное тело в дыхательных путях</i>	<i>Интенсивная терапия больных бронхиальной астмой в состоянии астматического статуса.  Реанимационные мероприятия при попадании инородного тела в дыхательные пути.</i>
5	ПК 5	<i>Гипогликемия</i>	<i>Диабетические комы. Патогенез, интенсивная терапия.</i>
6	ПК 5	<i>Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).</i>	<i>Острая церебральная недостаточность. Виды и степени угнетения сознания. Шкала ком Глазго. Понятие о церебральном перфузионном давлении.</i>

**Разделы учебной дисциплины, виды учебной деятельности и формы контроля**

п/ №	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу (в часах)				Формы текущего контроля успеваемости
		Л	ПЗ	СЗ	СР О	
1	Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых	-	6	-	-	Тестовые задания, решение ситуационных задач Отработка практических навыков
2	Острый коронарный синдром, кардиогенный шок. Острый коронарный синдром, отёк легких.	-	6	-	-	Тестовые задания, решение ситуационных задач Отработка практических навыков
3	Анафилактический шок. Гиповолемия.	-	6	-	-	Тестовые задания, решение ситуационных задач Отработка практических навыков

4	Тромбоэмболия легочной артерии. Бронхообструктивный синдром. Спонтанный пневмоторакс. Инородное тело в дыхательных путях	-	6	-	-	Тестовые задания, решение ситуационных задач Отработка практических навыков
5	Гипогликемия. Гипергликемия. Эпилептический приступ.	-	6	-	-	Тестовые задания, решение ситуационных задач Отработка практических навыков
6	Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Расслоение аневризмы аорты	-	6	-	-	Тестовые задания, решение ситуационных задач Отработка практических навыков
	ИТОГО:		36			

### 3.3. Оценочные средства для контроля успеваемости и результатов освоения учебной дисциплины.

#### 3.3.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных материалов

Для контроля знаний обучающихся используются системы оценки:

1. текущего контроля успеваемости;
2. промежуточной аттестации;
3. для промежуточного контроля – практические навыки, ситуационные задачи, тестовый контроль;
4. для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины - зачет, включающий практические навыки и ситуационные задачи;

Контрольно-измерительные материалы по темам практических занятий, включающие в себя примерный перечень контрольных вопросов, тестовые задания и ситуационные задачи.

#### 3.3.2. Примеры оценочных материалов:

Контрольные вопросы:

1. Укажите показания и правила проведения ИВЛ простейшими методами – «рот в рот», «рот в нос», выполните на тренажере.
2. Непрямой массаж сердца - методика проведения, критерии адекватности, возможные осложнения, выполните на тренажере.
3. Комплексная сердечно-легочная реанимация - показания, методика проведения, выполните на тренажере.
4. Электрическая дефибриляция – показания, методика проведения, возможные осложнения, подготовить дефибрилятор к работе.
5. Острый коронарный синдром. Этиопатогенез, клиника, интенсивная терапия.

Код компетенции	Тестовые вопросы
ПК-5	1. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕМ ИНФАРКТ МИОКАРДА 1. норадреналин 2. допамин 3. нитропруссид натрия 4. адреналин 5. изадрин
ПК-5	2. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ 1. разрыва головки папиллярной мышцы 2. разрыва межжелудочковой перегородки 3. перикардита 4. инфаркта миокарда правого желудочка 5. разрыва левого желудочка
ПК-5	3. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЗУБЦА Р НА ЭКГ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ 1. «двугорбый» (2 горб больше 1) зубец Р I, aVL отведениях 2. высокий заостренный Р в II, III, aVF отведениях 3. уширенный отрицательный зубца Р 4. зазубренный зубец Р

	5. двухфазный зубец R
ПК-5	4. СТАНДАРТНЫМИ ОТВЕДЕНИЯМИ ЭКГ НАЗЫВАЮТ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. V1, V2, V3</li> <li>2. I, II, III</li> <li>3. aVR, aVL, aVF</li> <li>4. отведения по Нэбу</li> <li>5. V4, V5, V6</li> </ol>
ПК-5	5. ВО II СТАНДАРТНОМ ОТВЕДЕНИИ ЭКГ РЕГИСТРИРУЕТСЯ РАЗНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛОВ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. с левой руки – правой ноги</li> <li>2. с правой руки – левой ноги</li> <li>3. с левой руки – левой ноги</li> <li>4. с правой руки – правой ноги</li> <li>5. с верхушки сердца – левой руки</li> </ol>
ПК-5	6. КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при первом инфаркте миокарда</li> <li>2. при повторном инфаркте</li> <li>3. частота возникновения этого осложнения одинакова при первом и при повторном инфаркте миокарда</li> <li>4. четкой закономерности не выявляется</li> <li>5. при сопутствующей артериальной гипертензии</li> </ol>
ПК-5	7. ПРИ ИСТИННОМ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЛЕТАЛЬНОСТЬ ДОСТИГАЕТ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5-10%</li> <li>2. 20-30%</li> <li>3. 40-50%</li> <li>4. 60-70%</li> <li>5. 80-100%</li> </ol>
ПК-5	8. КОЖНЫЙ ПОКРОВ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. цианотичный, сухой</li> <li>2. бледный, сухой</li> <li>3. бледный, влажный</li> <li>4. розовый, влажный</li> <li>5. желтый, сухой</li> </ol>
ПК-5	9. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕЖИТ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. снижение насосной функции сердца</li> <li>2. стрессовая реакция на болевые раздражители</li> <li>3. артериальная гипотония</li> <li>4. гиповолемия</li> <li>5. гиперкоагуляция</li> </ol>
ПК-5	10. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выраженная брадикардия</li> <li>2. перемежающаяся хромота, синдром Рейно</li> <li>3. бронхиальная астма</li> <li>4. декомпенсированный сахарный диабет</li> <li>5. гастрит</li> </ol>
ПК-5	11. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНЫМ ИБС С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. нитратов</li> <li>2. корватона</li> <li>3. верапамила</li> <li>4. коринфара</li> <li>5. фуросемида</li> </ol>
ПК-5	<p>12. СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. мерцательной аритмией с полной атриовентрикулярной блокадой</li> <li>2. мерцательной аритмией с полной блокадой правой ножки пучка Гиса</li> <li>3. мерцательной аритмией с экстрасистолией типа бигеминии</li> <li>4. синоаурикулярной блокадой</li> <li>5. наслаиванием зубца Р на комплекс QRS</li> </ol>
ПК-5	<p>13. ДЛЯ ЗАМЕЩАЮЩЕГО РИТМА ИЗ AV-СОЕДИНЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ЧАСТОТА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. менее 20 в мин</li> <li>2. 20-30 в мин</li> <li>3. 40-50 в мин</li> <li>4. 60-80 в мин</li> <li>5. 90-100 в мин</li> </ol>
ПК-5	<p>14. ДЛЯ ЗАМЕЩАЮЩЕГО РИТМА ИЗ ВОЛОКОН ПУРКИНЬЕ ХАРАКТЕРНА ЧАСТОТА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. менее 20 в мин</li> <li>2. 20-30 в мин</li> <li>3. 40-50 в мин</li> <li>4. 60-80 в мин</li> <li>5. 100 в мин</li> </ol>
ПК-5	<p>15. ИМПУЛЬСЫ ПРОВОДЯТСЯ С НАИМЕНЬШЕЙ СКОРОСТЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в синоатриальном и атриовентрикулярном узлах</li> <li>2. в межузловых предсердных трактах</li> <li>3. в общем стволе пучка Гиса</li> <li>4. в атриовентрикулярном узле</li> <li>5. в синоатриальной зоне</li> </ol>
ПК-5	<p>16. ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЯ ВОЗБУЖДАЮТСЯ С ЧАСТОТОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. свыше 300 в мин</li> <li>2. 150-200 в мин</li> <li>3. 200-300 в мин</li> <li>4. 100-150 в мин</li> <li>5. до 150 в мин</li> </ol>
ПК-5	<p>17. ОСТРО ВОЗНИКШАЯ АВ-БЛОКАДА I СТЕПЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. атриовентрикулярном узле</li> <li>2. правой ножке пучка Гиса</li> <li>3. левой ножке пучка Гиса</li> <li>4. стволе пучка Гиса</li> <li>5. синусовом узле</li> </ol>
ПК-5	<p>18. ДЛЯ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА БЕЗ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. увеличение времени внутреннего отклонения в отведениях V5-6; I; aVL</li> <li>2. углубление и уширение в отведениях зубца S; V1-2; III; aVF</li> <li>3. уширение зубца R в отведениях V5-6; I; aVL</li> <li>4. наличие зубца Q в отведениях V1-2</li> <li>5. ширина комплекса QRS &gt; 0,12</li> </ol>

ПК-5	<p>19. ДЛЯ НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. наличие расширенного и зазубренного зубца R в отведениях I; aVL; V5-6</li> <li>2. уширенный и углубленный QS в III; aVF; V1-2</li> <li>3. отклонение электрической оси сердца влево</li> <li>4. уширение комплекса QRS более 0,12</li> <li>5. комплекс QRS от 0,10 до 0,11</li> </ol>
ПК-5	<p>20. ДЛЯ АВ-БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. продолжительность PQ &gt; 0,20 при ЧСС 60-80 в I мин</li> <li>2. сохраняется правильный синусовый ритм</li> <li>3. зубец P перед каждым комплексом QRS</li> <li>4. удлинение PQ</li> <li>5. укорочение PQ</li> </ol>
ПК-5	<p>21. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭКГ-ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. отклонение электрической оси вправо</li> <li>2. комплекс QRS в I отведении типа rS</li> <li>3. амплитуда RIII &gt; RII</li> <li>4. глубокий S III, aVF</li> <li>5. зубец S в V5-6</li> </ol>
ПК-5	<p>22. ПРИ ТАХИКАРДИИ С ЧАСТОТОЙ ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ 160 В МИН И УШИРЕННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО НАЛИЧИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пароксизма суправентрикулярной тахикардии</li> <li>2. пароксизма антидромной тахикардии при синдроме WPW</li> <li>3. ускоренного идиовентрикулярного ритма</li> <li>4. пароксизма желудочковой тахикардии</li> <li>5. фибрилляции желудочков</li> </ol>
ПК-5	<p>23. ПРИЗНАКОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СИНОАТРИАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. внезапное начало и внезапный конец тахикардии</li> <li>2. в некоторых случаях наличие АВ-блокады</li> <li>3. разные интервалы R-R</li> <li>4. двухфазный зубец P</li> <li>5. двугорбый зубец P</li> </ol>
ПК-5	<p>24. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ПО ТИПУ МОБИТЦ II НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. постепенное удлинение PQ перед выпадением желудочкового комплекса</li> <li>2. постепенное укорочение PP перед выпадением желудочкового комплекса</li> <li>3. выпадение одного или нескольких комплексов QRS</li> <li>4. полная разобщенность зубца P и комплекса QRS</li> <li>5. разные интервалы PP</li> </ol>
ПК-5	<p>25. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. изменение конечной части желудочкового комплекса</li> <li>2. резкое отклонение электрической оси влево</li> <li>3. отклонение электрической оси вправо</li> <li>4. расширение комплекса QRS более 0,12</li> <li>5. укорочение QT</li> </ol>
ПК-5	<p>26. ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ЛИДОКАИНОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. политопной желудочковой экстрасистолии</li> <li>2. групповой желудочковой экстрасистолии</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. частой желудочковой экстрасистолии</li> <li>4. ранней желудочковой экстрасистолии</li> <li>5. суправентрикулярной экстрасистолии</li> </ol>
ПК-5	<p>27. У БОЛЬНЫХ ИБС С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. нитратов</li> <li>2. адреномиметиков</li> <li>3. бета-блокаторов</li> <li>4. антиагрегантов</li> <li>5. диуретиков</li> </ol>
ПК-5	<p>28. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПОДАВЛЯЕТ АВТОМАТИЗМ СИНУСОВОГО УЗЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сустак</li> <li>2. корватон</li> <li>3. дилтиазем</li> <li>4. коринфар</li> <li>5. нитросорбид</li> </ol>
ПК-5	<p>29. СРЕДИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пучок Джеймса</li> <li>2. пучок Махайма</li> <li>3. пучок Кента</li> <li>4. правая ветвь пучка Гиса</li> <li>5. левая ветвь пучка Гиса</li> </ol>
ПК-5	<p>30. У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. мерцательная аритмия</li> <li>2. пароксизм наджелудочковой тахикардии</li> <li>3. желудочковая тахикардия</li> <li>4. атриовентрикулярная блокада</li> <li>5. полная блокада правой ножки пучка Гиса</li> </ol>
ПК-5	<p>31. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. остановка дыхания</li> <li>2. судороги</li> <li>3. расширение зрачков</li> <li>4. патологическое дыхание</li> <li>5. отсутствие пульса на сонных артериях</li> </ol>
ПК-5	<p>32. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ АДЕКВАТНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. порозовение цвета кожных покровов и слизистых оболочек</li> <li>2. тахипноэ</li> <li>3. появление пульса на сонной артерии</li> <li>4. восстановление диуреза</li> <li>5. сужение зрачков</li> </ol>
ПК-5	<p>33. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. отсутствие пульса на сонной артерии</li> <li>2. отсутствие признаков эффективности закрытого массажа сердца в течение 1 минуты</li> <li>3. мерцание предсердий на ЭКГ</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. регистрация фибрилляции сердца на ЭКГ</li> <li>5. отсутствие сознания</li> </ol>
ПК-5	<p>34. БЕЗУСЛОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ И ПРОВЕДЕНИЮ ИВЛ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. патологический тип дыхания</li> <li>2. апноэ</li> <li>3. астматический статус 1-2 степени</li> <li>4. артериальная гипертензия, осложненная отеком легких</li> <li>5. повышение температуры тела выше 39,5°С и тахипноэ 25-30 в 1 минуту</li> </ol>
ПК-5	<p>35. ВЫБЕРИТЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРОГО НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. адреналин</li> <li>2. антагонисты кальция</li> <li>3. преднизолон</li> <li>4. сердечные гликозиды</li> <li>5. атропин</li> </ol>
ПК-5	<p>36. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия</li> <li>2. желудочковая экстрасистолия</li> <li>3. фибрилляция желудочков</li> <li>4. электромеханическая диссоциация</li> <li>5. асистолия</li> </ol>
ПК-5	<p>37. КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УСЛОВИЙ ПОЗВОЛЯЕТ НЕ ПРОВОДИТЬ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНУЮ РЕАНИМАЦИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. если с момента прекращения кровообращения прошло более 30 минут</li> <li>2. по просьбе родственников больного.</li> <li>3. при наличии у больного тяжелого хронического заболевания и документальном его подтверждении</li> <li>4. тяжелая черепно-мозговая травма</li> <li>5. если с момента прекращения кровообращения прошло менее 20 минут</li> </ol>
ПК-5	<p>38. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЗМС И ИВЛ ОДНИМ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ СЛЕДУЕТ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩЕГО СООТНОШЕНИЯ ВДОХ/КОМПРЕССИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 вдоха 30 компрессий</li> <li>2. 3 вдоха 18 компрессий</li> <li>3. 5 вдохов 20 компрессий</li> <li>4. 1 вдох 5 компрессий</li> <li>5. 1 вдох 4 компрессии</li> </ol>
ПК-5	<p>39. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сужение зрачков</li> <li>2. наличие пульса на сонной артерии</li> <li>3. регистрация систолического АД 80 мм рт. ст. или более</li> <li>4. появление редких спонтанных вдохов</li> <li>5. сухие склеры глазных яблок</li> </ol>
ПК-5	<p>40. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ У ПАЦИЕНТА В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. норадреналин</li> <li>2. адреналин</li> <li>3. лидокаин</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. атропин</li> <li>5. эуфиллин</li> </ol>
ПК-5	<p>41. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН У ПАЦИЕНТОВ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. адреналин</li> <li>2. верапамил</li> <li>3. обзидан</li> <li>4. дигоксин</li> <li>5. атропин</li> </ol>
ПК-5	<p>42. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия</li> <li>2. желудочковая экстрасистолия</li> <li>3. фибрилляция желудочков</li> <li>4. электромеханическая диссоциация</li> <li>5. асистолия</li> </ol>
ПК-5	<p>43. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ, КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВАСКУЛИТА, НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ (ИЗЪЯЗВЛЕНИЯ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. бронхиальная астма</li> <li>2. синдром Чардж-Штрота</li> <li>3. синдром Вагенера</li> </ol>
ПК-5	<p>44. УВЕЛИЧЕНИЕ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. лимфогрануломатоз</li> <li>2. туберкулез легких</li> <li>3. саркоидоз</li> <li>4. ИФА</li> </ol>
ПК-5	<p>45. КРЕПИТАЦИЯ В ЛЕГКИХ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. альвеолит</li> <li>2. бронхиальная астма</li> <li>3. ХОБЛ</li> <li>4. плеврит</li> </ol>
ПК-5	<p>46. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИСЛОРОДА ЧЕРЕЗ АЛЬВЕОЛЯРНУЮ МЕМБРАНУ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. бодиплетизмография</li> <li>2. сцинтиграфия</li> <li>3. диффузионная способность легких</li> </ol>
ПК-5	<p>47. ОКРУГЛАЯ ТЕНЬ В ЛЕГКОМ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА СО ВСЕМ КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. туберкулома</li> <li>2. абсцесс</li> <li>3. опухоль</li> <li>4. ИФА</li> </ol>
ПК-5	<p>48. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ОКРУГЛОЙ ТЕНИ В ЛЕГКОМ НА ФЛГ КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. УЗИ</li> <li>2. КТ грудной клетки</li> <li>3. плевральную пункцию</li> <li>4. рентгенографию грудной клетки</li> </ol>

ПК-5	<p>49. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВЫЯВЛЕНА ОКРУГЛАЯ ТЕНЬ С НЕЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ И С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ. КАКОЙ ДИАГНОЗ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. абсцесс</li> <li>2. эхинококк</li> <li>3. опухоль</li> </ol>
ПК-5	<p>50. ТРАНССУДАТ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сердечная недостаточность</li> <li>2. нефротический синдром</li> <li>3. эмболия легочной артерии</li> <li>4. цирроз печени</li> <li>5. карциноматоз плевры</li> </ol>
ПК-5	<p>51. ПРИЧИНОЙ ЭКСУДАТА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инфекция</li> <li>2. артериальная гипертензия</li> <li>3. легочная гипертензия</li> <li>4. повышение онкотического давления</li> </ol>
ПК-5	<p>52. МЕТОД ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ДИАГНОЗА ПЛЕВРИТА И ГИДРОТОРАКСА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. плевральная пункция</li> <li>2. рентген</li> <li>3. УЗИ</li> </ol>
ПК-5	<p>53. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ СУБФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ ПО ВЕЧЕРАМ НУЖНО ИСКЛЮЧИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. туберкулез</li> <li>2. бронхоэктазы</li> <li>3. опухоль</li> <li>4. все перечисленное</li> </ol>
ПК-5	<p>54. КАКИЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЧИН СУБФЕБРИЛИТЕТА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. наличие и характер фоновых заболеваний</li> <li>2. особенности питания</li> <li>3. характер профессиональной деятельности</li> <li>4. семейное положение</li> </ol>
ПК-5	<p>55. ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОГУТ БЫТЬ ВСЕ КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ТЭЛА</li> <li>2. хроническое легочное сердце</li> <li>3. гипертоническая болезнь</li> </ol>
ПК-5	<p>56. КАКИЕ ЦИФРЫ СЧИТАЮТСЯ НОРМАЛЬНЫМИ ДЛЯ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 28-30 мм рт. ст.</li> <li>2. 50-60 мм рт. ст.</li> <li>3. 100-200 мм вод. ст.</li> <li>4. 28-30 мм вод. ст.</li> </ol>
ПК-5	<p>57. КАКИМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ ЛЕГОЧНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ЭКГ</li> <li>2. УЗИ</li> <li>3. ФЛГ</li> <li>4. ЭХОКГ</li> </ol>

ПК-5	<p>58. КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в случае возникновения жизненно опасных желудочковых аритмий показано назначение пропранолола</li> <li>2. препаратом выбора для лечения отека гортани является димедрол</li> <li>3. адреналин следует использовать только при отсутствии эффекта от антигистаминных средств</li> <li>4. препаратом выбора для повышения артериального давления является мезатон</li> <li>5. препаратом выбора является адреналин</li> </ol>
ПК-5	<p>59. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ КРОВОХАРКАНЬЕМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. синдром Гудпасчера</li> <li>2. плеврит</li> <li>3. митральный стеноз</li> <li>4. тромбоэмболия легочной артерии</li> </ol>
ПК-5	<p>60. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ярко-красный цвет крови</li> <li>2. цвета кофейной гущи</li> <li>3. темная кровь в виде сгустков</li> <li>4. наличие примеси пищи</li> </ol>
ПК-5	<p>61. ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. цианоз</li> <li>2. одышка</li> <li>3. набухание шейных вен</li> <li>4. синусовая тахикардия</li> <li>5. все перечисленное верно</li> </ol>
ПК-5	<p>62. ФАКТОРАМИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. тромбоз глубоких вен нижних конечностей</li> <li>2. ранний послеоперационный период</li> <li>3. ранняя активизация в постинфарктном периоде</li> <li>4. мерцательная аритмия при митральных пороках</li> </ol>
ПК-5	<p>63. К ЧИСЛУ НЕОТЛОЖНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРОМБОЭМБОЛИЮ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НЕОБХОДИМО ОТНЕСТИ ВСЕ КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ЭКГ</li> <li>2. исследование функции внешнего дыхания</li> <li>3. рентгенографию грудной клетки</li> <li>4. ангиопульмонографию</li> <li>5. исследование Д-димера</li> </ol>
ПК-5	<p>64. К ЧИСЛУ НЕОТЛОЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НЕОБХОДИМО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. управляемую гипотонию</li> <li>2. назначение бета-адреноблокаторов</li> <li>3. введение гепарина</li> </ol>
ПК-5	<p>65. ПНЕВМОТОРАКС МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. буллезной эмфиземе легкого</li> <li>2. острой пневмонии</li> <li>3. инфильтративном туберкулезе легких</li> </ol>

	4. экссудативном плеврите
ПК-5	66. СИМПТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ВСЕ КРОМЕ 1. связь с физической нагрузкой 2. медленно нарастающий дискомфорт за грудиной 3. холодный пот 4. боль, усиливающаяся при дыхании
ПК-5	67. ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ЛИКВОР СОДЕРЖИТ В БОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ 1. эритроциты 2. лейкоциты 3. белок
ПК-5	68. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕНТРОМ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ 1. мозжечок 2. средний мозг 3. черепно-мозговые нервы
ПК-5	69. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 1. сахарный диабет 2. невроз 3. гипертоническая болезнь
ПК-5	70. СПИННОМОЗГОВАЯ ПУНКЦИЯ С ЦЕЛЮ ДИАГНОСТИКИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ 1. опухоли мозга 2. геморрагическом инсульте 3. оба ответа правильные
ПК-5	71. ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ 1. седуксен 2. папаверин 3. димедрол
ПК-5	72. ПОЗА ВЕРНИКЕ-МАНА НАБЛЮДАЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ 1. ишемический инсульт 2. геморрагический инсульт 3. клещевой энцефалит
ПК-5	73. КАКОЙ ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА 1. судороги в ногах 2. онемение в стопах 3. боль в пояснице
ПК-5	74. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ПОРАЖЕНИЯМ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ 1. сходящееся косоглазие 2. нистагм 3. слепота
ПК-5	75. ЧТО ТАКОЕ ПАРАЛИЧИ 1. неполное отсутствие движений 2. насильственные движения 3. полное отсутствие движений
ПК-5	76. ЧТО ОТНОСИТСЯ К РАССТРОЙСТВАМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ 1. нарушение речи

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. парестезии</li> <li>3. нарушение памяти</li> </ol>
ПК-5	<p>77. ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ КАКОЙ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ ПРИМЕНЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. фибринолизин</li> <li>2. гепарин</li> <li>3. аминакапроновая кислота</li> </ol>
ПК-5	<p>78. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРАЛИЧЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. подергивание конечностей</li> <li>2. изменение мышечного тонуса</li> <li>3. повышение температуры</li> </ol>
ПК-5	<p>79. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. этиловый спирт</li> <li>2. унитиол</li> <li>3. атропин</li> </ol>
ПК-5	<p>80. КАК ТРАНСПОРТИРУЮТСЯ БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. самостоятельное передвижение</li> <li>2. лежа на спине</li> <li>3. лежа на боку</li> </ol>
ПК-5	<p>81. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. болеутоляющие средства</li> <li>2. противовоспалительные</li> <li>3. витамины</li> </ol>
ПК-5	<p>82. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕВРИТА ЛИЦЕВОГО НЕРВА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. снижение чувствительности</li> <li>2. боли в лице</li> <li>3. перекос лица</li> </ol>
ПК-5	<p>83. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОЧАГОВЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. нарушение речи</li> <li>2. расстройство сознания</li> <li>3. повышение АД</li> </ol>
ПК-5	<p>84. У ПАЦИЕНТКИ ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКИЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ЛИЦА, ОСОБЕННО В ЧЕЛЮСТИ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ЖЕВАНИИ. НАКАНУНЕ БОЛЕЛ ЗУБ. О КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ИДЁТ РЕЧЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. стоматит</li> <li>2. невралгия тройничного нерва</li> <li>3. бульбарный синдром</li> </ol>
ПК-5	<p>85. ПРИ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА: ОГЛУШЕН, ЛЕЖИТ НА БОКУ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ, НОГИ ПОДТЯНУТЫ К ЖИВОТУ, БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК, РИГИДНОСТЬ МЫШЦ ЗАТЫЛКА 3 П/П. НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ ИМЕЮЩУЮСЯ ПАТОЛОГИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. менингеальный синдром</li> <li>2. гипертензионный синдром</li> <li>3. гиперкинетический синдром</li> </ol>
ПК-5	<p>86. КАКОВА РОЛЬ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. делает вагосимпатическую блокаду</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. осуществляет уход за больными</li> <li>3. делает внутривенные блокады</li> </ol>
ПК-5	<p>87. КАКОВА РОЛЬ ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ставит капельницы</li> <li>2. отвечает за санэпидрежим в кабинете и стерильность инструментов</li> <li>3. оба варианта правильные</li> </ol>
ПК-5	<p>88. НА КАКОМ УРОВНЕ ПРОИЗВОДИТСЯ ЛЮМБАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. между 12 грудным и 1 поясничным позвонком</li> <li>2. между 2-3 или 3-4 поясничными позвонками</li> <li>3. между 1 и 2 поясничными позвонками</li> </ol>
ПК-5	<p>89. ДЛЯ ЧЕГО ХАРАКТЕРНЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. спастического паралича</li> <li>2. вялого паралича</li> <li>3. энцефалита</li> </ol>
ПК-5	<p>90. ДЛЯ ЧЕГО ХАРАКТЕРНО ОЩУЩЕНИЕ «ТРЕСКА» В ШЕЕ ПРИ ПОВОРОТАХ ГОЛОВЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. опухоли головного мозга</li> <li>2. остеохондроза</li> <li>3. менингита</li> </ol>
ПК-5	<p>91. АТРОФИЯ МЫШЦ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. болезни Паркинсона</li> <li>2. спастического паралича</li> <li>3. вялого паралича</li> </ol>
ПК-5	<p>92. ОДНОСТОРОННИЕ ПОРАЖЕНИЯ: ОТКРЫТЫЙ ГЛАЗ, СЛЕЗОТЕЧЕНИЕ ИЗ НЕГО, ОПУЩЕН УГОЛ РТА, НЕ ПОДНИМАЕТСЯ БРОВЬ – ЭТО ПОРАЖЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. седалищного нерва</li> <li>2. лицевого нерва</li> <li>3. блуждающего нерва</li> </ol>
ПК-5	<p>93. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО КОЛИЧЕСТВА ДНЕЙ СОБЛЮДАЕТСЯ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 21 дня</li> <li>2. 14 дней</li> <li>3. 9 дней</li> </ol>
ПК-5	<p>94. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ригидность затылочных мышц</li> <li>2. отсутствие складок на лбу при поднимании бровей</li> <li>3. приступообразные боли в одной половине лица</li> </ol>
ПК-5	<p>95. ДЛЯ ЧЕГО ХАРАКТЕРНЫ НАРАСТАЮЩИЕ, УПОРНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ РАСПИРАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА И ЯВЛЕНИЯ ЗАСТОЯ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рассеянного склероза</li> <li>2. опухоли головного мозга</li> <li>3. энцефалита</li> </ol>
ПК-5	<p>96. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. длительного безводного периода</li> <li>2. большой кровопотери</li> <li>3. нарушения метаболизма</li> </ol>

	4. стремительных родов
ПК-5	97. РАЗРЫВ БЕРЕМЕННОЙ ТРУБЫ НАДО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С 1. острым аппендицитом 2. гломерулонефритом 3. гастритом 4. анемией
ПК-5	98. ДОПУСТИМАЯ ПОТЕРЯ КРОВИ В РОДАХ СОСТАВЛЯЕТ ОТ МАССЫ ТЕЛА 1. 1% 2. 10% 3. 0,5% 4. 5%
ПК-5	99. ДЛЯ ЭКЛАМПСИИ ХАРАКТЕРНО 1. наличие тонических и клонических судорог 2. отсутствие судорожного синдрома 3. высокая температура 4. запах ацетона изо рта
ПК-5	100. ВО ВЛАГАЛИЩЕ В НОРМЕ СРЕДА 1. нейтральная 2. кислая 3. слабощелочная 4. щелочная
ПК-5	101. Припадок эклампсии может развиваться 1. вне беременности 2. во время родов 3. в позднем послеродовом периоде 4. в первом триместре беременности
ПК-5	102. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА МАТКИ 1. эндотелий 2. миометрий 3. эндометрий 4. параметрий
ПК-5	103. ПРЕЭКЛАМПСИЮ ОТЛИЧАЕТ ОТ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЕСТОЗА БЕРЕМЕННЫХ 1. уровень АД 2. выраженность отечного синдрома 3. олигурия 4. появление общемозговых симптомов
ПК-5	104. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО 1. массивность, длительность 2. волнообразность, цвет крови алый, безболезненность, беспричинность 3. цвет крови темный 4. болезненность
ПК-5	105. НОРМАЛЬНАЯ ФЛОРА ВЛАГАЛИЩА 1. эпителиальные клетки 2. палочки Дедерлейна 3. кишечные палочки 4. гормоны
ПК-5	106. ОСЛОЖНЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. разрыв матки</li> <li>2. матка Кувеллера</li> <li>3. болевой шок</li> <li>4. разрыв шейки матки</li> </ol>
ПК-5	<p>107. КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипотонией матки</li> <li>2. нарушением процессов отделения плаценты и выделения последа</li> <li>3. нарушением системы свертывания крови</li> <li>4. многоводием</li> </ol>
ПК-5	<p>108. ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипотония</li> <li>2. протеинурия</li> <li>3. брадикардия</li> <li>4. полиурия</li> </ol>
ПК-5	<p>109. ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. снижение АД</li> <li>2. восполнение объема циркулирующей крови</li> <li>3. определение уровня гемоглобина</li> <li>4. исследование функции почек</li> </ol>
ПК-5	<p>110. МАТОЧНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. аорты</li> <li>2. наружной подвздошной артерии</li> <li>3. внутренней подвздошной артерии</li> <li>4. половой артерии</li> </ol>
ПК-5	<p>111. ВАЖНУЮ РОЛЬ В РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ИГРАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипоталамо-гипофизарная система</li> <li>2. поджелудочная железа</li> <li>3. щитовидная железа</li> <li>4. паращитовидные железы</li> </ol>
ПК-5	<p>112. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ВНУТРИВЕННО ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гепарина</li> <li>2. реополиглюкина</li> <li>3. эуфиллина</li> <li>4. хлористого кальция</li> </ol>
ПК-5	<p>113. ПРИЧИНЫ РАЗРЫВА МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. клинически узкий таз</li> <li>2. анатомически узкий таз</li> <li>3. крупный плод</li> <li>4. несостоятельность послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения</li> </ol>
ПК-5	<p>114. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКЛАМПСИИ НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. внутривенно лабеталол (бревиблок)</li> <li>2. эпидуральную анестезию</li> <li>3. внутривенно сульфат магнезии</li> <li>4. дегидратацию бессолевыми растворами</li> </ol>
ПК-5	<p>115. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. трудной интубации</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. гипоксемии и гипотензии</li> <li>3. аспирации</li> <li>4. всех перечисленных осложнений</li> </ol>
ПК-5	<p>116. ПРИМЕНЕНИЕ ФТОРОТАНА В РОДАХ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при слабости родовой деятельности</li> <li>2. при гипертензивной форме позднего токсикоза</li> <li>3. при подозрении на внутриутробную асфиксию плода</li> <li>4. в случае угрозы разрыва матки</li> </ol>
ПК-5	<p>117. СОЗРЕВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ЖЕЛТОГО ТЕЛА ИДЕТ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ГОРМОНА ГИПОФИЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. фолликулостимулирующего</li> <li>2. тиреотропного</li> <li>3. адренкортикотропного</li> <li>4. пролактина</li> </ol>
ПК-5	<p>118. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦЫ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ РОДОВ, СОПРОВОЖДАВШИХСЯ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ, МОЖНО ОЖИДАТЬ ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛИЯ В ПЛАЗМЕ В ВИДЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. отмечается плазменная гиперкалиемия</li> <li>2. концентрация калия не меняется</li> <li>3. гиперкалиемия сменяется гипокалиемией</li> <li>4. отмечается плазменная гипокалиемия</li> </ol>
ПК-5	<p>119. К ПРИЧИНАМ ПОСЛЕРОДОВОГО ШОКА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. эмболия околоплодными водами</li> <li>2. острый выворот матки</li> <li>3. эклампсия</li> <li>4. диссеминированное внутрисосудистое свертывание</li> </ol>
ПК-5	<p>120. КАСАТЕЛЬНО БОЛИ, СВЯЗАННОЙ С РОДАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. боли при первой стадии передаются по соматическим волокнам</li> <li>2. волокна, передающие боль при первой стадии, доходят до второго, третьего и четвертого поясничного сегмента спинного мозга</li> <li>3. боли при второй стадии передаются по симпатическим волокнам</li> <li>4. боли при второй стадии передаются по срамным (pudendal) нервам</li> </ol>
ПК-5	<p>121. ОСТРЫЙ ВЫВОРОТ МАТКИ ВСЛЕД ЗА РОЖДЕНИЕМ РЕБЕНКА СОПРОВОЖДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. цианозом</li> <li>2. кровотечением</li> <li>3. брадикардией</li> <li>4. гипофибриногенемией</li> </ol>
ПК-5	<p>122. ЛЕЧЕНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ СУЛЬФАТОМ МАГНЕЗИИ ВНУТРИВЕННО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. снижению сократимости матки</li> <li>2. потенцированию действия деполяризующих и недеполяризующих миорелаксантов</li> <li>3. угнетению сократимости миокарда</li> <li>4. все ответы верные</li> </ol>
ПК-5	<p>123. ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ МЕСТНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ В АКУШЕРСТВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. вызывает депрессию дыхания новорожденного</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. облегчает управление артериальным давлением при преэклампсии</li> <li>3. вызывает расслабление матки</li> <li>4. уменьшает проявления компрессии полой вены</li> </ol>
ПК-5	<p>124. БОЛЬНЫХ С СУДОРОГАМИ МОЖНО ЛЕЧИТЬ С ПОМОЩЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дроперидола</li> <li>2. фентанила</li> <li>3. диазепама</li> <li>4. кетамина</li> </ol>
ПК-5	<p>125. ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. увеличивается</li> <li>2. уменьшается</li> <li>3. уменьшается, а затем увеличивается</li> <li>4. остается неизменным</li> </ol>
ПК-5	<p>126. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ И ЛОКАЛИЗАЦИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рентгенография</li> <li>2. портоманометрия</li> <li>3. лапароскопия</li> <li>4. гастродуоденоскопия</li> <li>5. целиакография</li> </ol>
ПК-5	<p>127. ГДЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПРОЦЕСС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ КОЛИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. селезеночный изгиб ободочной кишки</li> <li>2. слепая кишка</li> <li>3. прямая кишка</li> <li>4. сигмовидная кишка</li> <li>5. печеночный изгиб ободочной кишки</li> </ol>
ПК-5	<p>128. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СООТВЕТСТВУЮТ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. схваткообразной (волнообразной) боли в животе</li> <li>2. стойкого запора</li> <li>3. тошноты и рвоты</li> <li>4. снижения активности кишечных шумов</li> <li>5. вздутия живота</li> </ol>
ПК-5	<p>129. ОККЛЮЗИИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ СВОЙСТВЕННО ВСЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. внезапной боли в околопупочной области</li> <li>2. боли, несоответствующей физикальным данным обследования живота</li> <li>3. позывов к дефекации</li> <li>4. крови в кале</li> <li>5. активной перистальтики</li> </ol>
ПК-5	<p>130. ЧТО ВЫЗЫВАЕТ ДИНАМИЧЕСКУЮ ПАРАЛИТИЧЕСКУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. безоар</li> <li>2. псевдотуморозный панкреатит</li> <li>3. перитонит</li> <li>4. заворот кишечника</li> <li>5. инвагинации</li> </ol>
ПК-5	<p>131. КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОНОСА ТОНКОКИШЕЧНОГО ТИПА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. каловые массы значительны по объему</li> <li>2. наличие ложных позывов (тенезмов)</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. частота стула 2-4 раза в день</li> <li>4. отсутствие слизи, крови в испражнениях</li> <li>5. наличие жира в испражнениях</li> </ol>
ПК-5	<p>132. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. понос тонкокишечного типа</li> <li>2. флатуленция и метеоризм</li> <li>3. исхудание больного</li> <li>4. гипоальбуминемия</li> <li>5. боли в эпигастральной области</li> </ol>
ПК-5	<p>133. ДЛЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. запоры</li> <li>2. поносы</li> <li>3. стул с примесью крови и слизи</li> <li>4. схваткообразные боли в животе</li> <li>5. ложные позывы (тенезмы)</li> </ol>
ПК-5	<p>134. КАКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. перианальная область</li> <li>2. поперечно-ободочная кишка</li> <li>3. пищевод</li> <li>4. желудок</li> <li>5. терминальный отдел подвздошной кишки</li> </ol>
ПК-5	<p>135. КЛИНИКА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЗАВИСИТ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ: РАК ЛЕВОГО ОТДЕЛА ПРОТЕКАЕТ С АНЕМИЕЙ И ПОХУДАНИЕМ, А РАК ПРАВОГО ОТДЕЛА ПРОТЕКАЕТ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ. ДАННОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. правильно</li> <li>2. неправильно</li> </ol>
ПК-5	<p>136. КАКИЕ ПАЦИЕНТЫ ЧАЩЕ СТРАДАЮТ ПЕРВИЧНОЙ АХАЛАЗИЕЙ (КАРДИОСПАЗМОМ) ПИЩЕВОДА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пожилые</li> <li>2. дети</li> <li>3. люди молодого и среднего возраста</li> </ol>
ПК-5	<p>137. РАННИМ СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дисфагия</li> <li>2. <a href="#">постоянная боль за грудиной</a></li> <li>3. мелена</li> <li>4. осиплость голоса</li> </ol>
ПК-5	<p>138. МУЖЧИНА 50 ЛЕТ, РОСТ 180 СМ, ВЕС 70 КГ ЖАЛУЕТСЯ НА МУЧИТЕЛЬНОЕ ОЩУЩЕНИЕ ЖЖЕНИЯ ЗА ГРУДИНОЙ, УСИЛИВАЮЩЕЕСЯ ПРИ НАКЛОНАХ, В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ, ПОСЛЕ ЕДЫ, ИРРАДИИРУЮЩЕЕ В ШЕЮ, СПИНУ, СТИХАЮЩЕЕ ПОСЛЕ ПРИЕМА СОДЫ, ОТРЫЖКУ СЪЕДЕННОЙ ПИЩЕЙ. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит</li> <li>2. стенокардия</li> <li>3. рак выходного отдела желудка</li> <li>4. атрофический гастрит</li> </ol>
ПК-5	<p>139. К ОСОБЕННОСТЯМ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. быстрой декомпенсации при экстраренальных потерях жидкости</li> <li>2. меньшей, чем у взрослых, потребности в воде и электролитах</li> <li>3. меньшей, чем у взрослых, концентрационной способности почек</li> <li>4. неспособности выведения электролитов при их избыточном введении</li> <li>5. более быстрого, чем у взрослых, возникновения метаболического ацидоза</li> </ol>
ПК-5	<p>140. ДЛЯ ДЕТСКОГО ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. носовое дыхание, узкие дыхательные ходы</li> <li>2. слабость дыхательных мышц</li> <li>3. большая частота дыхания</li> <li>4. большая потребность в кислороде</li> <li>5. все перечисленное верно</li> </ol>
ПК-5	<p>141. В РЕЗУЛЬТАТЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ВСЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гиповентиляции при небольшом увеличении «мертвого» пространства</li> <li>2. развития клинически выраженной обструкции верхних дыхательных путей при отеке слизистой подсвязочного пространства</li> <li>3. более медленного, чем у взрослых, развития гипоксии при любых видах обструкции трахеобронхиального дерева</li> <li>4. быстрого истощения метаболических возможностей</li> <li>5. быстрого развития дыхательной недостаточности при увеличении «работы дыхания»</li> </ol>
ПК-5	<p>142. В КАКОМ СЛУЧАЕ ЧАСТОТА ПУЛЬСА НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 мес. – 140 уд/мин</li> <li>2. 6 мес. – 130 уд/мин</li> <li>3. 1 год – 90 уд/мин</li> <li>4. 5 лет – 100 уд/мин</li> <li>5. 10 лет – 80 уд/мин</li> </ol>
ПК-5	<p>143. В КАКОМ СЛУЧАЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОТКЛОНЕНИЕМ ОТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 мес. – 100/40 мм. рт. ст.</li> <li>2. 6 мес. – 85/45 мм. рт. ст.</li> <li>3. 1 год – 90/50 мм. рт. ст.</li> <li>4. 5 лет – 100/50 мм. рт. ст.</li> <li>5. 10 лет – 110/65 мм. рт. ст.</li> </ol>
ПК-5	<p>144. ПРАВИЛЬНОСТЬ НЕПРЯМОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. величины манжетки тонометра</li> <li>2. возраста ребенка</li> <li>3. способа измерения (пружинным или ртутным манометром)</li> <li>4. патологии сердечно-сосудистой системы</li> <li>5. психического состояния ребенка</li> </ol>
ПК-5	<p>145. ПРИ ОСМОТРЕ РЕБЕНКА В ЭКСТРЕННЫХ СИТУАЦИЯХ НЕОБХОДИМО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сбор анамнеза</li> <li>2. оценка адекватности кровообращения</li> <li>3. оценка адекватности дыхания</li> <li>4. определение степени угнетения или возбуждения ЦНС</li> <li>5. все перечисленное верно</li> </ol>
ПК-5	<p>146. УКАЖИТЕ ОТЛИЧИЕ МЕТОДИКИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. реанимационные мероприятия начинаются с восстановления кровообращения</li> <li>2. проводится только «открытый» массаж сердца</li> <li>3. принципиальных отличий нет</li> <li>4. трансторакальная электрическая дефибрилляция начинается с разряда 300 Дж</li> <li>5. детей нет необходимости в искусственном дыхании</li> </ol>
ПК-5	<p>147. РЕБЕНКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ ЖИВОТ НЕЛЬЗЯ ПРОВОДИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. очистительную клизму</li> <li>2. согревание в области живота</li> <li>3. введение обезболивающих препаратов</li> <li>4. назначение слабительных средств</li> <li>5. всё перечисленное верно</li> </ol>
ПК-5	<p>148. У 3-ДНЕВНОГО РЕБЕНКА НАБЛЮДАЕТСЯ РВОТА ЖЕЛЧЬЮ И ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. РОДЫ В СРОК ОТ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН СЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пилоростеноз</li> <li>2. перфоративный аппендицит</li> <li>3. некротический энтероколит</li> <li>4. заворот кишок</li> <li>5. возможны все варианты</li> </ol>
ПК-5	<p>149. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДА У ДЕТЕЙ ПРАВИЛЬНЫМ СЧИТАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. введение зонда через носовые ходы</li> <li>2. для промывания желудка использовать 4% раствор соды</li> <li>3. для промывания желудка у новорожденного вводить одновременно 200 мл физиологического раствора NaCl</li> <li>4. для многократного промывания желудка использовать прохладную воду из расчета приблизительно 1 л на год жизни</li> <li>5. все перечисленное верно</li> </ol>
ПК-5	<p>150. НЕОБХОДИМЫЙ ОБЩИЙ ОБЪЕМ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ ЗОНД РЕБЕНКУ ДО 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 500 мл</li> <li>2. 50 мл</li> <li>3. 200 мл</li> <li>4. 1000 мл</li> <li>5. промывание через зонд в указанном возрасте не проводится</li> </ol>

#### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВОМУ МАТЕРИАЛУ

№ теста	ответ						
1	2	41	1	81	1	121	2
2	3	42	3	82	3	122	4
3	2	43	3	83	1	123	2
4	2	44	4	84	4	124	3
5	2	45	1	85	1	125	2
6	2	46	3	86	2	126	4
7	5	47	4	87	3	127	1

8	3	48	2	88	2	128	4
9	1	49	3	89	1	129	5
10	5	50	5	90	2	130	3
11	3	51	1	91	3	131	1
12	1	52	1	92	2	132	5
13	3	53	4	93	1	133	1
14	1	54	1	94	3	134	5
15	3	55	3	95	2	135	2
16	3	56	1	96	2	136	1
17	1	57	4	97	1	137	1
18	4	58	5	98	3	138	1
19	4	59	2	99	1	139	2
20	5	60	1	100	2	140	5
21	4	61	5	101	2	141	3
22	4	62	3	102	3	142	3
23	1	63	2	103	4	143	1
24	3	64	3	104	2	144	1
25	2	65	1	105	2	145	5
26	5	66	2	106	2	146	3
27	3	67	2	107	2	147	5
28	3	68	1	108	1	148	5
29	3	69	1	109	2	149	4
30	2	70	3	110	3	150	3
31	5	71	1	111	1		
32	3	72	2	112	2		
33	4	73	3	113	4		
34	2	74	1	114	4		
35	1	75	3	115	4		
36	3	76	2	116	4		
37	1	77	3	117	4		
38	1	78	2	118	4		
39	2	79	1	119	4		
40	2	80	2	120	4		

#### Ситуационные задачи

ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1 ПАЦИЕНТКА 26 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШИЕ ОСТРЫЕ БОЛИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, ИРРАДИИРУЮЩИЕ В ОБЛАСТЬ ПРЯМОЙ КИШКИ, СКУДНЫЕ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО: ПОСЛЕДНЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ БЫЛА 5 НЕДЕЛЬ НАЗАД. ПРИ ДВУРУЧНОМ ИССЛЕДОВАНИИ СПРАВА ОТ МАТКИ ПАЛЬПИРУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ 5x5 СМ, РЕЗКО БОЛЕЗНЕННОЕ, МАЛОПОДВИЖНОЕ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. ОТМЕЧАЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ И НАВИСАНИЕ ЗАДНЕГО СВОДА ВЛАГАЛИЩА. ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2 ПАЦИЕНТКА 54 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ВРАЧУ С ЖАЛОБАМИ НА ТЯНУЩИЕ БОЛИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, БОЛЬШЕ СЛЕВА, КОТОРЫЕ ПЕРИОДИЧЕСКИ БЕСПОКОЯТ БОЛЬНОЮ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ. ПОСТМЕНОПАУЗА 2 ГОДА. ПРИ ДВУРУЧНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО: ТЕЛО МАТКИ НЕ УВЕЛИЧЕНО, СЛЕВА И КЗАДИ ОТ МАТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОБЪЕМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ 6x7 СМ В ДИАМЕТРЕ ОВОИДНОЙ ФОРМЫ, ТУГОЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, МАЛОПОДВИЖНОЕ, ЧУВСТВИТЕЛЬНОЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ. ПО ДАННЫМ

	УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: СЛЕВА ОТ МАТКИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ ГИПОЭХОГЕННОЕ МНОГОКАМЕРНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ С ПЕРЕГОРОДКАМИ РАЗМЕРАМИ 6 X 7 СМ. ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3 БОЛЬНАЯ 20 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В ОТДЕЛЕНИЕ С ЖАЛОБАМИ НА РЕЗКИЕ БОЛИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, ВОЗНИКШИЕ ВНЕЗАПНО, ПОСЛЕ ПОДНЯТИЯ ТЯЖЕСТИ, СЛАБОСТЬ, ТОШНОТУ. ИЗ АНАМНЕЗА: ПОСЛЕДНЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ 2 НЕДЕЛИ НАЗАД. ОБЪЕКТИВНО: КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ЧИСТЫЕ. АД 90/60 ММ. РТ. СТ. ПУЛЬС 110 УД. В МИН., РИТМИЧЕН. ЧД 26 В МИН. ЯЗЫК СУХОЙ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, УМЕРЕННО ВЗДУТ, БОЛЕЗНЕННЫЙ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ, БОЛЬШЕ СЛЕВА. В ЛЕВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ВЫРАЖЕН ДЕФАНС МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ. В ОТЛОГИХ МЕСТАХ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИТУПЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА. ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4 ПАЦИЕНТКА 74 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА ТЯНУЩИЕ БОЛИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, НЕДОМОГАНИЕ. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО: ПОСТМЕНОПАУЗА 22 ГОДА. В ТЕЧЕНИЕ 20 ЛЕТ У ГИНЕКОЛОГА НЕ НАБЛЮДАЛАСЬ. ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД ОТМЕЧАЕТ СНИЖЕНИЕ ВЕСА НА 15 КГ, ПЕРИОДИЧЕСКИ БЕСПОКОЯЩУЮ ВЯЛОСТЬ, СЛАБОСТЬ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА. ПРИ ДВУРУЧНОМ ВЛАГАЛИЩНО-АБДОМИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ С ОБЕИХ СТОРОН ОТ МАТКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ОБРАЗОВАНИЯ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ, «КАМЕНИСТОЙ» ПЛОТНОСТИ, НЕПОДВИЖНЫЕ, С БУГРИСТОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ, СПЯЯННЫЕ С ОКРУЖАЮЩИМИ ТКАНЯМИ, БОЛЕЗНЕННЫЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ. ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5 ПАЦИЕНТКА 39 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ГИНЕКОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА КРОВЯНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ПОЛОВОГО АКТА. ИЗ АНАМНЕЗА ВЫЯВЛЕНО, ЧТО 10 ЛЕТ НАЗАД БОЛЬНАЯ НАБЛЮДАЛАСЬ У ГИНЕКОЛОГА ПО ПОВОДУ ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (16 ТИП). ОТ ПРЕДЛОЖЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКА ОТКАЗАЛАСЬ. ПРИ ОСМОТРЕ В ЗЕРКАЛАХ: ШЕЙКА МАТКИ ЦИЛИНДРИЧЕСКАЯ, НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ЩЕЛЕВИДНЫЙ. НА ЗАДНЕЙ ГУБЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КРАТЕРООБРАЗНОЕ УГЛУБЛЕНИЕ 0,5x0,7 СМ С НЕРОВНЫМИ КРАЯМИ, ИЗ КОТОРОГО НА МОМЕНТ ОСМОТРА ПОСТУПАЕТ КРОВЬ В НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ КОЛИЧЕСТВЕ. ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6. ПАЦИЕНТКА 23 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ КРОВЯНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА. ПОСЛЕДНЯЯ НОРМАЛЬНАЯ МЕНСТРУАЦИЯ 6 НЕДЕЛЬ НАЗАД. ИЗ АНАМНЕЗА: В ДЕТСТВЕ БОЛЬНАЯ ПЕРЕНЕСЛА АППЕНДЭКТОМИЮ, ОСЛОЖНЕННУЮ ПЕРИТОНИТОМ. ПРИ ОСМОТРЕ В ЗЕРКАЛАХ ВЫЯВЛЕНО: ШЕЙКА МАТКИ ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ, ЦИАНОТИЧНА, НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ЗАКРЫТ, ИЗ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА – ТЕМНАЯ КРОВЬ. ПРИ ДВУРУЧНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: ТЕЛО МАТКИ БОЛЬШЕ НОРМЫ, СПРАВА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, 4x5 СМ, БОЛЕЗНЕННОЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ. ОБЛАСТЬ ЛЕВЫХ ПРИДАТКОВ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7 ПАЦИЕНТКА 29 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ГИНЕКОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА СКУДНЫЕ, НЕРЕГУЛЯРНЫЕ МЕНСТРУАЦИИ. ИЗ АНАМНЕЗА: МЕНАРХЕ В 12 ЛЕТ. В 14-ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ БОЛЬНАЯ ПЕРЕНЕСЛА КОРЬ, ОСЛОЖНИВШУЮСЯ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОМ. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ СТАЛ НЕРЕГУЛЯРНЫМ, ОТМЕЧАЛАСЬ ПРИБАВКА В ВЕСЕ, В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 2 ЛЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ИЗБЫТОЧНОЕ ОВОЛОСЕНИЕ НАД ВЕРХНЕЙ ГУБОЙ И НА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДЕР. БЕРЕМЕННОСТЕЙ НЕ БЫЛО. ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8 ПАЦИЕНТКА 31 ГОДА ОБРАТИЛАСЬ К ГИНЕКОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА ОТСУТСТВИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ. В АНАМНЕЗЕ У ПАЦИЕНТКИ 1 РОДЫ, 4 АБОРТА. 6 ЛЕТ НАЗАД БОЛЬНАЯ ЛЕЧИЛАСЬ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ДВУСТОРОННЕГО

	САЛЬПИНГООФОРИТА С ОБРАЗОВАНИЕМ ТУБОВАРИАЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ С ОБЕИХ СТОРОН, ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА. ПО ДАННЫМ БАЗАЛЬНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ – ДВУХФАЗНЫЙ МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ. ИССЛЕДОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТКИ – БЕЗ ПАТОЛОГИИ. ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМОГРАММЫ МУЖА В ПРЕДЕЛАХ НОРМАТИВНЫХ ЗНАЧЕНИЙ. ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9 БОЛЬНАЯ 21 ГОДА ПОСТУПИЛА В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С ЖАЛОБАМИ НА СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, ОБИЛЬНЫЕ КРОВЯНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА. ПОСЛЕДНЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ 8 НЕДЕЛЬ НАЗАД. ОСМОТР ПРИ ПОМОЩИ ЗЕРКАЛ: ШЕЙКА МАТКИ ЦИЛИНДРИЧЕСКАЯ, НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ОТКРЫТ, В ЦЕРВИКАЛЬНОМ КАНАЛЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО СГУСТКОВ КРОВИ С УЧАСТКАМИ ГУБЧАТОЙ ТКАНИ ТЕМНО-БАГРОВОГО ЦВЕТА. ПРИ ДВУРУЧНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТЕЛО МАТКИ УВЕЛИЧЕНО ДО 8 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ, МЯГКОВАТОЕ, БОЛЕЗНЕННОЕ, ВОЗБУДИМОЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ. ПРИДАТКИ С ОБЕИХ СТОРОН НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ. СВОДЫ СВОБОДНЫЕ, ГЛУБОКИЕ. ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10 ПАЦИЕНТКА 42 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ГИНЕКОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА КРОВЯНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ. ПОСЛЕДНЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ 3 НЕДЕЛИ НАЗАД. 5 ДНЕЙ НАЗАД ВНОВЬ ПОЯВИЛИСЬ КРОВЯНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ, КОТОРЫЕ ПОСТЕПЕННО УСИЛИВАЮТСЯ. В ТЕЧЕНИЕ 7 ЛЕТ БОЛЬНАЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ. ПРИ ДВУРУЧНОМ ИССЛЕДОВАНИИ УСТАНОВЛЕНО: ТЕЛО МАТКИ УВЕЛИЧЕНО ДО 8-9 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ, ПЛОТНОЕ, БУГРИСТОЕ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ. ПРИДАТКИ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ. СВОДЫ СВОБОДНЫЕ, ГЛУБОКИЕ. ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11 ВРАЧ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА БЫЛ ВЫЗВАН К РЕБЕНКУ 4 ЛЕТ (ВЕС 20 КГ). ЖАЛОБЫ НА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 39,8 ГРАДУСОВ, СЛАБОСТЬ, НЕДОМОГАНИЕ, ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА, ПОТЛИВОСТЬ, БОЛЬ В ГОРЛЕ ПРИ ГЛОТАНИИ. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО, ЧТО МАЛЬЧИК ЗАБОЛЕЛ 2 ДНЯ НАЗАД. ЗАБОЛЕВАНИЕ НАЧАЛОСЬ ОСТРО, С ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, СЛАБОСТИ, ЗАТЕМ ПОЯВИЛАСЬ БОЛЕЗНЕННОЕ ГЛОТАНИЕ, УХУДШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ. ОБЪЕКТИВНО: ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ МАЛЬЧИКА ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ТЯЖЕЛОЕ. РЕБЕНОК ВЯЛЫЙ, КАПРИЗНЫЙ. КОЖА БЛЕДНАЯ, ВЛАЖНАЯ. ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ РОЗОВЫЕ, ЧИСТЫЕ. В ЗЕВЕ ПРИ ОСМОТРЕ ОТМЕЧАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ МИНДАЛИН, ИХ ГИПЕРЕМИЯ, ГНОЙНЫЕ НАЛЕТЫ В ЛАКУНАХ. В ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ПАЛЬПИРУЮТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЕ, УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ. В ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ, ПЕРКУТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЛЕГОЧНЫЙ ЗВУК. ТОНЫ СЕРДЦА ЯСНЫЕ, РИТМИЧНЫЕ, ЧСС 136 В МИНУТУ. ПУЛЬС РИТМИЧНЫЙ, УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ. ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ПЕЧЕНЬ И СЕЛЕЗЕНКА НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЯ В НОРМЕ. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выделить ведущий клинический синдром</li> <li>2. предварительный диагноз, обоснуйте его</li> <li>3. возможные осложнения</li> <li>4. ваши действия в условиях медицинского пункта, их последовательность</li> <li>5. наметьте план обследования и лечения в условиях инфекционной больницы</li> </ol>
ПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12 ВРАЧ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ПРИШЕЛ К БОЛЬНОМУ РЕБЕНКУ ДОМОЙ (ВОЗРАСТ 4 ГОДА, ВЕС 20 КГ). У МАЛЬЧИКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 38,2 ГРАДУСОВ, ГРУБЫЙ ЛАЮЩИЙ КАШЕЛЬ, УЧАЩЕННОЕ ДЫХАНИЕ, ЧИХАНЬЕ, СЛИЗИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО, ЧТО РЕБЕНОК ЗАБОЛЕЛ ОКОЛО СУТОК НАЗАД. ЗАБОЛЕВАНИЕ НАЧАЛОСЬ С ЧИХАНЬЯ, СЛИЗИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ НОСА, ПОКАШЛИВАНИЯ. ЗАТЕМ ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА, КАШЕЛЬ УСИЛИЛСЯ, ПРИОБРЕЛ ГРУБЫЙ, ЛАЮЩИЙ ХАРАКТЕР. ОКОЛО ЧАСА НАЗАД НА ФОНЕ СУХОГО КАШЛЯ ПОЯВИЛОСЬ УЧАЩЕННОЕ ЗАТРУДНЕННОЕ ДЫХАНИЕ. ОБЪЕКТИВНО: ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА ТЯЖЕЛОЕ, ВОЗБУЖДЕН, КАПРИЗЕН. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ЧИСТЫЕ. ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ РОЗОВЫЕ, ВЛАЖНЫЕ. В ЗЕВЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ГИПЕРЕМИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ

	<p>ГЛОТКИ, ДУЖЕК, МИНДАЛИН. НАБЛЮДАЮТСЯ ЯВЛЕНИЯ РИНИТА. АУСКУЛЬТАТИВНО В ЛЕГКИХ ЖЕСТКОЕ ДЫХАНИЕ, ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ПРОВОДНЫЕ ХРИПЫ. ДЫХАНИЕ ШУМНОЕ, С УЧАСТИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ, ВДОХ ЗАТРУДНЕН. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 40 В 1 МИНУТУ. ПЕРКУТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК. ТОНЫ СЕРДЦА ЯСНЫЕ, РИТМИЧНЫЕ, ЧСС 118 В 1 МИНУТУ. ПУЛЬС РИТМИЧНЫЙ, УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ. ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ПЕЧЕНЬ И СЕЛЕЗЕНКА НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЯ В НОРМЕ.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выделите ведущий клинический синдром</li> <li>2. предварительный диагноз, обоснуйте его</li> <li>3. возможные осложнения</li> <li>4. ваши действия в условиях медицинского пункта, их последовательность</li> <li>5. наметьте план обследования и лечения в отделении интенсивной терапии детской больницы</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13 К ВРАЧУ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ДОСТАВЛЕН РЕБЕНОК 10 МЕСЯЦЕВ (ВЕС 10 КГ), НАХОДЯЩЕЙСЯ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. ПРИ ОПРОСЕ МАТЕРИ УДАЛОСЬ УСТАНОВИТЬ, ЧТО РЕБЕНОК ЗАБОЛЕЛ 2 ДНЯ НАЗАД. ЗАБОЛЕВАНИЕ НАЧАЛОСЬ С ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО СУБФЕБРИЛЬНЫХ ЦИФР, НЕБОЛЬШОГО СЕРОЗНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА, КАТАРАЛЬНОГО КОНЬЮНКТИВИТА. ЗАТЕМ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА УХУДШИЛОСЬ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОВЫСИЛАСЬ ДО 39,5 ГРАДУСОВ, РЕБЕНОК СТАЛ ВЯЛЫЙ, ОТКАЗЫВАЛСЯ ОТ ЕДЫ, ПОЯВИЛАСЬ РВОТА, НЕ СВЯЗАННАЯ С ПРИЕМОМ ПИЩИ И ВОДЫ, ОДНОКРАТНО КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ. ОБЪЕКТИВНО: ПРИ ОСМОТРЕ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА ТЯЖЕЛОЕ. ВЯЛЫЙ, ПЛАЧЕТ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39,2 ГРАДУСА. РЕБЕНОК ЛЕЖИТ НА СПИНЕ С ВЫТЯНУТЫМИ ВДОЛЬ ТУЛОВИЩА РУКАМИ И СОГНУТЫМИ В КОЛЕННЫХ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ НОГАМИ. ОТМЕЧАЕТСЯ ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ НАЗАД, ВЫБУХАНИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА, ВРЕМЕНАМИ ВОЗНИКАЮТ СУДОРОЖНЫЕ ПОДЕРГИВАНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, СУХИЕ. ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ ЧИСТЫЕ, РОЗОВЫЕ. В ЗЕВЕ УМЕРЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ. В ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ, ХРИПОВ НЕТ. ПЕРКУТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЛЕГОЧНЫЙ ЗВУК. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, РИТМИЧНЫЕ, ЧСС 138 В МИНУТУ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ. ПЕЧЕНЬ И СЕЛЕЗЕНКА НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. МОЧИТСЯ МАЛО, МОЧА ПРОЗРАЧНАЯ, ЖЕЛТОГО ЦВЕТА. СТУЛ БЫЛ ОДИН РАЗ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВА ДНЯ ОФОРМЛЕННЫЙ.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выделить ведущий клинический синдром</li> <li>2. предварительный диагноз, обоснуйте его</li> <li>3. возможные осложнения</li> <li>4. ваши действия в условиях медицинского пункта, их последовательность</li> <li>5. наметьте план обследования и лечения в отделении интенсивной терапии детской больницы</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14 НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА НАХОДИТСЯ МАТЬ С РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ВОЗНИКШИЙ У МАЛЬЧИКА ОТЕК В ОБЛАСТИ ЛИЦА, ВЯЛОСТЬ, ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, НЕДОМОГАНИЕ. ПРИ ОПРОСЕ ВРАЧОМ УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ЗАБОЛЕВАНИЕ У РЕБЕНКА ВОЗНИКЛО НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ НАЗАД. ВСКОРЕ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ В ПИЩУ ЦИТРУСОВЫХ ПОЯВИЛАСЬ ОДУТЛОВАТОСТЬ ЛИЦА, КОТОРАЯ ЗАТЕМ СМЕНИЛАСЬ ЕГО ОТЕКОМ. В АНАМНЕЗЕ У РЕБЕНКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ. ОБЪЕКТИВНО: ПРИ ОСМОТРЕ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА ТЯЖЕЛОЕ. ВЯЛЫЙ. НА ЛИЦЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОГРАНИЧЕННЫЙ ОТЕК КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ, КОТОРЫЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА ГУБЫ, ВЕКИ И ЩЕКИ. КОЖА НА МЕСТЕ ОТЕКА БЛЕДНАЯ, ХОЛОДНАЯ НА ОЩУПЬ. ОБЛАСТЬ ОТЕКА БЕЗБОЛЕЗНЕННАЯ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ, ЗУДА КОЖИ НЕТ. ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА И ЗЕВА СЛИЗИСТАЯ РОЗОВАЯ, ВЛАЖНАЯ, НЕ ОТЕЧНАЯ. ГОЛОС У РЕБЕНКА НЕ ИЗМЕНЕН. В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, ЧД 24 В МИНУТУ. АУСКУЛЬТАТИВНО ТОНЫ СЕРДЦА ЯСНЫЕ, РИТМИЧНЫЕ, ЧСС 98 В МИНУТУ. ПУЛЬС РИТМИЧНЫЙ, УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ. ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ПЕЧЕНЬ И СЕЛЕЗЕНКА НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЯ В НОРМЕ.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. выделить ведущий клинический синдром</li> <li>2. предварительный диагноз, обоснуйте его</li> <li>3. возможные осложнения</li> <li>4. ваши действия в условиях медицинского пункта, их последовательность</li> <li>5. наметьте план обследования и лечения в отделении интенсивной терапии детской больницы</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15 К ВРАЧУ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ДОСТАВЛЕН РЕБЕНОК 3 МЕСЯЦЕВ (ВЕС 6 КГ), НАХОДЯЩЕЙСЯ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ, С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ТЕЛА, РВОТОЙ И СУДОРОЖНЫМИ ПОДЕРГИВАНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ. ИЗ АНАМНЕЗА УДАЛОСЬ УСТАНОВИТЬ, ЧТО МАЛЬЧИК ЗАБОЛЕЛ ОСТРО. ПОЯВИЛИСЬ СЛИЗИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА, ЧИХАНЬЕ, РЕДКИЙ СУХОЙ КАШЕЛЬ, БЕСПОКОЙСТВО, КОТОРОЕ ВСКОРЕ СМЕНИЛОСЬ ВЯЛОСТЬЮ, ЗАТОРМОЖЕННОСТЬЮ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА, ПОВЫСИЛАСЬ ДО 39,8 ГРАДУСОВ. НА ФОНЕ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ПОЯВИЛАСЬ РВОТА, А ЗАТЕМ СУДОРОЖНЫЕ ПОДЕРГИВАНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ. РЕБЕНОК НАХОДИТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ У НЕВРОПАТОЛОГА ПО ПОВОДУ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ОБЪЕКТИВНО: ПРИ ОСМОТРЕ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, ВЯЛЫЙ. МЕНИНГИАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ. БОЛЬШОЙ РОДНИЧОК ВЫБУХАЕТ. СУХОЖИЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ ВЫСОКИЕ, ОЧАГОВОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ СО СТОРОНЫ ЦНС НЕТ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ С МРАМОРНЫМ РИСУНКОМ. В ЗЕВЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГИПЕРЕМИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ, ДУЖЕК. ИЗ НОСА СВЕЛЫЕ СЛИЗИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ. ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ЧИСТЫЕ, РОЗОВЫЕ. В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ЖЕСТКОЕ, ХРИПОВ НЕТ, ЧД 66 В МИНУТУ. АУСКУЛЬТАТИВНО ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, ТАХИКАРДИЯ ДО 164 В МИНУТУ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ. ПЕЧЕНЬ И СЕЛЕЗЕНКА НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. СТУЛ БЫЛ 1 РАЗ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК, ОФОРМЛЕННЫЙ.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выделить ведущий клинический синдром</li> <li>2. предварительный диагноз, обоснуйте его</li> <li>3. возможные осложнения</li> <li>4. ваши действия в условиях медицинского пункта, их последовательность</li> <li>5. наметьте план обследования и лечения в отделении интенсивной терапии детской больницы</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16 БОЛЬНОЙ 67 ЛЕТ, НАХОДИВШИЙСЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ, ВНЕЗАПНО ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ. ИЗ АНАМНЕЗА: БОЛЕЕ 20 ЛЕТ СТРАДАЕТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОСЛЕДНИЕ 7 ЛЕТ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА PQ ДО 0,24. ПОСТОЯННО ПРИНИМАЕТ МЕТОПРОЛОЛ, ЭНАЛАПРИЛ, АСПИРИН. УХУДШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ ОКОЛО 2 НЕДЕЛЬ, КОГДА НАЧАЛ ОТМЕЧАТЬ УСИЛЕНИЕ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ, СНИЖЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НИТРАТОВ. НА ЭКГ ОТМЕЧАЛОСЬ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВЫПАДЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ QRS, В СВЯЗИ С ЧЕМ БЫЛ ОТМЕНЕН МЕТОПРОЛОЛ. НА МОМЕНТ ОСМОТРА: БОЛЬНОЙ В СОЗНАНИИ, ЖАЛУЕТСЯ НА РЕЗКУЮ СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ. ОБЪЕКТИВНО: СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ. В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, ХРИПОВ НЕТ. ТОНЫ СЕРДЦА ГРОМКИЕ, ЧСС 36 В 1 МИН., АД 80/30 ММ РТ. СТ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. НА ЭКГ – АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ДИССОЦИАЦИЯ, ЧСС – 38 В 1 МИН., КОМПЛЕКС QRS УШИРЕН.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сформулируйте предварительный диагноз</li> <li>2. перечислите необходимые методы диагностики</li> <li>3. какими состояниями и заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику</li> <li>4. какие методы лечения необходимы</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17 БОЛЬНАЯ 72 ЛЕТ ВЫЗВАЛА ВРАЧА «СКОРОЙ ПОМОЩИ» В СВЯЗИ С РАЗВИВШЕМСЯ ПРИСТУПОМ ОДЫШКИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ БОЛЯМИ ЗА ГРУДИНОЙ И В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ИРРАДИИРУЮЩИМИ В ЛЕВУЮ РУКУ. САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИНЯЛА ЭРИНИТ. В АНАМНЕЗЕ: БОЛЕЕ 20 ЛЕТ СТРАДАЕТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ,</p>

	<p>ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПРИВЫЧНОЕ АД 140/90 ММ РТ. СТ.). ДВА ГОДА НАЗАД ПЕРЕНЕСЛА ОСТРЫЙ ПЕРЕДНИЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. ПОСТОЯННО ПРИНИМАЕТ НИТРОСОРБИД, АСПИРИН, ДИГОКСИН, ПРЕДУКТАЛ. ОБЪЕКТИВНО: ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, СОЗНАНИЕ ЯСНОЕ. БОЛЬНАЯ ЗАНИМАЕТ ВЫНУЖДЕННОЕ СИДЯЧЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ. В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ЖЕСТКОЕ, ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, МНОЖЕСТВЕННЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ ПО ВСЕМ ЛЕГОЧНЫМ ПОЛЯМ, МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЛЕГКИХ С ОБЕИХ СТОРОН. ЧДД 42 В МИН. ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, РИТМ ПРАВИЛЬНЫЙ, ЧСС 92 В 1 МИН., АД 170/100 ММ РТ. СТ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ЭКГ – СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ, ФОРМА QRSТ БЕЗ ДИНАМИКИ.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сформулируйте диагноз</li> <li>2. с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику</li> <li>3. перечислите причины, приводящие к подобному состоянию</li> <li>4. определитесь с тактикой ведения больной. неотложная терапия.</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18 БОЛЬНОЙ 56 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ОДЫШКУ. ИЗ АНАМНЕЗА: 15 ЛЕТ СТРАДАЕТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, УХУДШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ ОТМЕТИЛ ОКОЛО 40 МИНУТ НАЗАД, КОГДА ПОЯВИЛИСЬ СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ОДЫШКА. ВРАЧОМ «СКОРОЙ ПОМОЩИ» ДОСТАВЛЕН В КЛИНИКУ. ОБЪЕКТИВНО: СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ. В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, ХРИПОВ НЕТ. ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА: ЛЕВАЯ – В V МЕЖРЕБЕРЬЕ, НА 3 СМ КНАРУЖИ ОТ СРЕДИННО-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ, ПРАВАЯ – ПРАВЫЙ КРАЙ ГРУДИНЫ, ВЕРХНЯЯ – III МЕЖРЕБЕРЬЕ, ПО ЛЕВОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ЛИНИИ. ТОНЫ СЕРДЦА ОСЛАБЛЕНЫ, РИТМ ПРАВИЛЬНЫЙ. ЧСС 160 В 1 МИН. АД 90/60 ММ РТ. СТ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ПЕЧЕНЬ ПАЛЬПИРУЕТСЯ НА 2 СМ. НИЖЕ КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ. НА ЭКГ: КОМПЛЕКС QS В I, II СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ, AVL, V1-V6.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сформулируйте предварительный диагноз</li> <li>2. какова вероятная причина и патогенез неотложного состояния</li> <li>3. составьте программу обследования больного</li> <li>4. неотложная терапия</li> <li>5. тактика ведения больного</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19 БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА ДАВЯЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ПРИСТУПЫ СЕРДЦЕБИЕНИЯ, ОДЫШКУ, ОТЕКИ ГОЛЕНЕЙ. ИЗ АНАМНЕЗА: ИЗВЕСТНО, ЧТО В ТЕЧЕНИЕ 12 ЛЕТ – ТЯЖЕЛЫЙ ФИЗИЧЕСКИЙ ТРУД, ЧАСТЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ОБЪЕКТИВНО: СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, ОРТОПНОЭ. В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, ОСЛАБЛЕННОЕ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ. ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ 22 В 1 МИН. ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА УВЕЛИЧЕНЫ ВО ВСЕ СТОРОНЫ. ТОНЫ ОСЛАБЛЕНЫ, РИТМ ГАЛОПА. ЧСС 124 В 1 МИН. АД 110/70 ММ РТ. СТ. ПЕЧЕНЬ ПАЛЬПИРУЕТСЯ НА 4 СМ НИЖЕ КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ. ОТЕКИ ГОЛЕНЕЙ. ЭКГ: РИТМ СИНУСОВЫЙ, ТАХИКАРДИЯ. ЭХОКГ: АО 4,2 СМ, ЛП – 4,5 СМ, КДР – 5,8 СМ, КСР – 4,3 СМ, ФВ – 56%.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз</li> <li>2. Составьте программу обследования</li> <li>3. Проведите дифференциальный диагноз</li> <li>4. Тактика ведения больного</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20 У БОЛЬНОЙ 25 ЛЕТ ПОСЛЕ ОЧЕРЕДНОЙ АНГИНЫ, СПУСТЯ 3 НЕДЕЛИ ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ НА ЛИЦЕ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, СЛАБОСТЬ. ОТЕКИ ПРОГРЕССИРОВАЛИ, ОТМЕЧАЛОСЬ УСИЛЕНИЕ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ, ПОЯВИЛОСЬ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ШУМ В УШАХ, ПРОГРЕССИВНО СНИЖАЛАСЬ ОСТРОТА ЗРЕНИЯ. НА 7 ДЕНЬ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ УМЕНЬШИЛОСЬ, ПОЯВИЛИСЬ ДИПЛОПИЯ, ЧУВСТВО ТЯЖЕСТИ В ПОДРЕБЕРЬЯХ, РВОТА. БОЛЬНАЯ ПОТЕРЯЛА СОЗНАНИЕ, ВНЕЗАПНО ВОЗНИКЛИ ТОНИЧЕСКИЕ, А ЗАТЕМ КЛОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ. С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОПУХОЛЬ ГОЛО. МОЗГА И ЭПИЛЕПСИЮ БОЛЬНАЯ ДОСТАВЛЕНА В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ. ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ ВЫСОКИЕ ЦИФРЫ АД 240/140 ММ РТ. СТ. ЧЕРЕЗ 20 МИН БОЛЬНАЯ ПРИШЛА В СОЗНАНИЕ, НО ОСТАВАЛОСЬ</p>

	<p>ЗАТОРМОЖЕННОЙ, РЕЧЬ БЫЛА ЗАТРУДНЕНА. ОСМОТРЕВ БОЛЬНУЮ И ПРОВЕДЯ РЯД ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, НЕЙРОХИРУРГ ОТВЕРГ ВЫШЕУПОМЯНУТЫЙ ДИАГНОЗ И РЕКОМЕНДОВАЛ ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В ДРУГОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. что не учел врач «скорой помощи» при постановке диагноза</li> <li>2. что дало основание врачу-нейрохирургу отвергнуть данный диагноз</li> <li>3. каков предполагаемый диагноз</li> <li>4. какие дополнительные исследования должны подтвердить диагноз</li> <li>5. ваши экстренные мероприятия</li> <li>6. назначьте лечение</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21 БОЛЬНОЙ 28 ЛЕТ, РАБОЧИЙ, ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ. ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ В СВЯЗИ С ВЫЯВЛЕННЫМ НА ПРОФ. ОСМОТРЕ ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. В АНАМНЕЗЕ: ЧАСТЫЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА. ОБЪЕКТИВНО: ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ, КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ И ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ ОБЫЧНОЙ ОКРАСКИ. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ НЕ ПАЛЬПИРУЮТСЯ. ОТЕКОВ НЕТ. ОТМЕЧАЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ СЕРДЦА ВЛЕВО НА 2 СМ. ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, АКЦЕНТ II ТОНА НА АОРТЕ. АД 170/110 ММ РТ. СТ., ПУЛЬС 80 УД. В МИН. ЯЗЫК ЧИСТЫЙ, ВЛАЖНЫЙ; ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ПЕЧЕНЬ И СЕЛЕЗЕНКА НЕ ПАЛЬПИРУЮТСЯ. СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО ОТРИЦАТЕЛЕН С ОБЕИХ СТОРОН. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ: ЭРИТРОЦИТЫ <math>4,2 \times 10^{12}</math>; НВ 120 Г/Л, ЦВЕТНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ 0,95; ЛЕЙКОЦИТЫ – <math>6,0 \times 10^9</math>, Э-1, П-4, С-64, Л-26, М-5, СОЭ-10 ММ/ЧАС. ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ: КОЛИЧЕСТВО – 100,0; РЕАКЦИЯ – КИСЛАЯ, ЦВЕТ – СВЕТОЖЕЛТЫЙ; ПЛОТНОСТЬ – 1012, БЕЛОК – 0,8 Г/Л, ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ – 2-3 В П/ЗРЕНИЯ, ЛЕЙКОЦИТЫ – 5-6 В П/ЗРЕНИЯ, ЭРИТРОЦИТЫ – 8-10 В П/ЗРЕНИЯ. КОНСУЛЬТАЦИЯ ОКУЛИСТА: РЕТИНОПАТИЯ. КРЕАТИН КРОВИ – 283 МКМОЛЬ/Л, МОЧЕВИНА – 11,4 МКМОЛЬ/Л.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выделите ведущие синдромы</li> <li>2. укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому</li> <li>3. сформулируйте предварительный диагноз</li> <li>4. составьте план обследования</li> <li>5. составьте план лечения</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22 БОЛЬНАЯ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО <math>39,6^{\circ}\text{C}</math>, ОЗНОБ, <a href="#">БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ</a>, ОДЫШКУ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СУХОЙ КАШЕЛЬ. ПРИ ОСМОТРЕ НАБЛЮДАЕТСЯ РУМЯНЕЦ НА ПРАВОЙ ЩЕКЕ, HERPES LABIALIS, ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ В АКТЕ ДЫХАНИЯ, ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ УСИЛЕНО В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ В ТОЙ ЖЕ ОБЛАСТИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ КРЕПИТАЦИЯ.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. о каком заболевании идет речь</li> <li>2. какой перкуторный звук при этом можно определить</li> <li>3. какой основной дыхательный шум выслушивается при аускультации</li> <li>4. какая температурная кривая характерна для данного заболевания</li> <li>5. какие патологические примеси можно обнаружить при исследовании мокроты</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23 БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В НОЧНОЕ ВРЕМЯ, ПЕРИОДИЧЕСКИ КАШЕЛЬ С ОТДЕЛЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ МОКРОТЫ. ПРИ <a href="#">ОСМОТРЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ДИФФУЗНЫЙ ЦИАНОЗ</a>, НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН. ПРИ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ПЕРКУССИИ ВЫСОТА СТОЯНИЯ ВЕРХУШЕК СПЕРЕДИ СОСТАВИЛА 5,5 СМ ОТ ВЕРХНЕГО КРАЯ КЛЮЧИЦЫ, СЗАДИ – НА УРОВНЕ ОСТИСТОГО ОТРОСТКА Б ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА. НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ ОПУЩЕНЫ НА ОДНО РЕБРО. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. о каком заболевании идет речь</li> <li>2. какой тип грудной клетки можно ожидать</li> <li>3. какой основной дыхательный шум будет выслушиваться</li> <li>4. почему приступы удушья возникают в ночное время</li> </ol>

	5. как изменятся показатели функции внешнего дыхания
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24 БОЛЬНОЙ ПОЧУВСТВОВАЛ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШУЮ БОЛЬ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ПРИ ОСМОТРЕ ЛЕВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВЫБУХАЕТ, ОТСТАЕТ В АКТЕ ДЫХАНИЯ. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ СЛЕВА УСИЛЕНО, ПРИ ПЕРКУССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. о каком заболевании идет речь</li> <li>2. что можно выслушать при аускультации</li> <li>3. что можно выявить при топографической перкуссии</li> <li>4. как изменится бронхофония</li> <li>5. какой тип дыхательной недостаточности может выявляться при этом заболевании</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25 БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА КАШЕЛЬ С ОТДЕЛЕНИЕМ ГНОЙНОЙ МОКРОТЫ 300-400 МЛ В СУТКИ (ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПО УТРАМ), КРОВОХАРКАНИЕ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38,2°С. ПРИ ОСМОТРЕ: ИЗМЕНЕНИЕ ПАЛЬЦЕВ РУК В ВИДЕ «БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК», ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ В АКТЕ ДЫХАНИЯ. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ УСИЛЕНО В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ВЫСЛУШИВАЕТСЯ АМФОРИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. о каком заболевании идет речь</li> <li>2. какие побочные дыхательные шумы можно выслушать</li> <li>3. при каких заболеваниях также можно выявить симптом «барабанных палочек»</li> <li>5. что можно обнаружить при исследовании мокроты</li> <li>6. как изменится клинический анализ крови?</li> </ol>
ПК-5	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26 БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА ОДЫШКУ. ПРИ ОСМОТРЕ ИМЕЕТ ВИД «РОЗОВОГО ПЫХТЕЛЫЩИКА». ГРУДНАЯ КЛЕТКА ВЫБУХАЕТ В НИЖНЕБОКОВЫХ ОТДЕЛАХ, <u>МЕЖРЕБЕРНЫЕ ПРОМЕЖУТКИ ШИРОКИЕ</u>, ХОД РЕБЕР ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ГОРИЗОНТАЛЬНОМУ, НАДКЛЮЧИЧНЫЕ ЯМКИ ВЫБУХАЮТ. ПРИ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ПЕРКУССИИ НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ СМЕЩЕНЫ ВНИЗ НА ОДНО РЕБРО.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каком синдроме идет речь</li> <li>2. Какие причины приводят к развитию данного синдрома</li> <li>3. Какой характер одышки у больного</li> <li>4. Какой тип грудной клетки можно выявить при осмотре</li> <li>5. Какое дыхание можно выслушать при аускультации</li> </ol>

#### ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1 Внематочная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта. анализ на ХГЧ, УЗИ. Должно быть: ХГЧ+, по УЗИ плодное яйцо в матке отсутствует. Лечение: Лапароскопия, пункция заднего свода влагалища
Ситуационная задача №2 Цистаденома яичника (многокамерная => муцинозная). Тактика определяется интраоперационно: cito гистология. Если гладкое образование, без разрастаний, => доброкачественное, => аднексэктомия. Если пограничное или злокачественное => надвлагалищная ампутация матки. NOTA BENE: может быть метастаз Крюкенберга в яичник => Проверить ЖКТ! Онкомаркеры!
Ситуационная задача №3 Апоплексия яичника (нарушения гемодинамики, притупление перкуторного звука => кровь в брюшной полости). Оперативное лечение: лапароскопия, реинфузионная терапия
Ситуационная задача №4 Рак яичника или метастаз Крюкенберга. проверить ЖКТ. Оперативное лечение (если метастазы, то операция не поможет, только химиотерапия и периодически лапароцентез; если доброкачественная опухоль – оперировать)
Ситуационная задача №5 Рак шейки матки, II стадия. Кольпоскопия + биопсия: добро- или злокачественная, если злокачественная, то низко- или высокодифференцированная. Операция Вертгейма (убирают все до верхней трети влагалища)
Ситуационная задача №6. Дифдиагноз между трубной беременностью и абортom в ходу. Аппендицит исключен.

<p>Ситуационная задача №7. Нарушение менструального цикла – вторичный гипоменструальный синдром центрального генеза (вторичный поликистоз). Рентген турецкого седла (проверить гипофиз). Анализ на ЛГ, ФСГ, ПРЛ.</p>
<p>Ситуационная задача №8. Вторичное бесплодие, трубно-перитонеальный фактор. Лечебно-диагностическая лапароскопия. Не делать гистеросальпингографию (может быть обострение).</p>
<p>Ситуационная задача №9. Аборт в ходу. Лечение – раздельное диагностическое выскабливание.</p>
<p>Ситуационная задача №10. Множественная субмукозная миома матки, метроррагия. Лечение – гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание. Для сохранения репродуктивной функции – эмболизация маточных артерий (для нарушения питания миомы).</p>
<p>Ситуационная задача №11. Гипертермический синдром. Лакунарная ангина. Заглоточный абсцесс, гнойный регионарный лимфоаденит. Антипиретическая терапия: внутримышечно литическая смесь (50% раствор анальгина в разовой дозе 0,4 мл, 2% раствор папаверина 0,4 мл, 1% раствор димедрола 0,4 мл). Физические методы охлаждения: обнажение тела ребенка, наложение влажного полотенца на лоб, пузырь со льдом к голове, лед по ходу магистральных сосудов, обдувание вентилятором, обтирание тела ребенка полуспиртовым раствором, клизма с прохладной водой (18 градусов). Контроль за эффективностью мероприятий через 20 минут. Снижать температуру тела не ниже 37,5 градусов. Оральная детоксикация: обильное питье (минеральная вода, слегка сладкий чай, ягодные морсы, разведенный фруктовый сок). Парентеральная детоксикация: внутривенно струйно медленно вводится 20% раствор глюкозы 40,0 мл вместе с аскорбиновой кислотой 5% раствор 1,0 мл и кокарбоксилазой 50 мг. Местное лечение: орошение слизистой оболочки зева и миндалин аэрозолью "Ингалипт" или обработка их раствором Люголя, при отсутствии их, полоскание зева раствором фурацилина или пищевой соды. Антибактериальная терапия: ампициллин, оксациллин внутрь в разовой дозе 0,5 x 4 раза в день. При отсутствии возможности лечения и врачебного наблюдения в домашних условиях проводится госпитализация в инфекционное отделение детской больницы. Взятие мазка из зева на ВД, общий анализ крови и мочи, консультация врача-оториноларинголога. Антибиотикотерапия: внутримышечно ампициллин по 500 Т ЕД 4 раза в день. Продолжение антипиретической и дезинтоксикационной терапии. Продолжение местного лечения тонзиллита.</p>
<p>Ситуационная задача №12. Синдром острой дыхательной недостаточности. Острая респираторная вирусная инфекция, острый ларинготрахеит, стеноз гортани II степени. Асфиксия, гипоксическая кома. Седативная терапия: внутримышечное введение седуксена или реланиума в разовой дозе 2,0 мл. Противовоспалительная терапия: преднизолон (1 мг/кг массы тела) 20 мг. Десенсибилизирующая терапия: димедрол или супрастин в разовой дозе 0,4 мл. Спазмолитическая терапия: папаверин 2% раствор в разовой дозе 0,4 мл. Оральная детоксикация: обильное питье в виде теплой минеральной воды типа "Боржоми", горячее молоко со сливочным маслом, теплый чай. Ингаляционная терапия: паровые ингаляции. Обязательная госпитализация в отделение интенсивной терапии детской больницы в сопровождении врача. Забор мазка из зева на БД, общий анализ крови и мочи, консультация реаниматолога и врача оториноларинголога. Ингаляционная терапия: ингаляции с физиологическим раствором натрия хлорида по 10 минут через каждые 2 часа. Противовоспалительная терапия: преднизолон из расчета 2 мг/кг массы тела ребенка в сутки, по 20 мг утром и вечером внутримышечно. Десенсибилизирующая терапия: димедрол или супрастин по 0,4 мл в/м 2 раза в день. Спазмолитическая терапия: папаверин 2% раствор по 0,4 мл 2 раза в день. Парентеральная детоксикация: внутривенно струйно медленно вводится 10% раствор глюкозы 200,0 мл, аскорбиновая кислота 5% -1,0 мл, кокарбоксилаза 50 мг, 7,5% раствор калия хлорида 20,0 мл, реополиглюкин 200,0 мл, раствор Рингера 200,0 мл. контроль за диурезом. Оральная детоксикация в виде обильного теплого питья в объеме до 1,5 литров в сутки. Откашливающие средства: отвар травы термопсиса, отвар корня алтея, отвар травы "мать и мачеха", отвар травы подорожника.</p>
<p>Ситуационная задача №13. Судорожный синдром. Менингит. Инфекционно-токсический шок, острая надпочечниковая недостаточность. Противосудорожная терапия: седуксен 0,5-0,7 мл внутримышечно, если через 10-15 минут судорожный синдром не купируется, то назначается дроперидол в разовой дозе 10 мг/кг массы тела (1,0 мл) внутримышечно. Дегидратационная терапия: лазикс (2 мг/кг массы тела) 20 мг в/м. Антипиретическая терапия: 50% раствор анальгина-0,2 мл, 2% раствор папаверина-0,2 мл в/м, физические методы охлаждения (холод на голову, холод на магистральные сосуды, обтирание тела ребенка полуспиртовым раствором, обдувание вентилятором). Антибактериальная терапия: ампициллин 500 Т ЕД в/м или антибиотики цефалоспоринового ряда. Срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии детской больницы в сопровождении врача. Лечебно-диагностическая люмбальная пункция с последующим посевом ликвора на флору, чувствительность к антибиотикам, на биохимическое исследование. Общий анализ крови, мочи, анализ крови на КЩР, основные электролиты, глюкозу, общий белок, белковые фракции, остаточный азот, креатинин, билирубин. Консультация врача невропатолога, реаниматолога. Катетеризация центральной или периферической вены. Дезинтоксикационная терапия: 20% раствор альбумина 100,0 мл, 10% раствор глюкозы 300,0 мл с 7,5% раствором калия хлорида 10,0 мл, реополиглюкин 200,0 мл, аскорбиновая кислота 5% 2,0 мл, кокарбоксилаза 50 мг внутривенно капельно в</p>

<p>течение суток, под контролем диуреза. Дегидратационная терапия: лазикс 20 мг в/м 2 раза в день. Антибактериальная терапия: цефалоспориновые антибиотики, проникающие через гематоэнцефалический барьер по 500000 ЕД 2 раза в день в/в.</p>
<p>Ситуационная задача №14. Острая аллергическая реакция. Отек Квинке. Острый отек гортани, асфиксия. Прекращение поступления возможных аллергенов в организм ребенка. Введение одного из перечисленных антигистаминных препаратов: димедрол, супрастин, тавегил в разовой дозе 0,5 мл в/м, по возможности в/в. Противовоспалительная терапия: преднизолон в разовой дозе 1-2 мг/кг массы тела ребенка (20-40 мг). Препараты кальция: кальция глюконат 0,25 г внутрь однократно. Внутрь активированный уголь. Госпитализация в отделение интенсивной терапии детской больницы в сопровождении врача. Наметьте план обследования и лечения в отделении интенсивной терапии детской больницы. Общий анализ крови, мочи, консультация врача оториноларинголога. Гипоаллергенная диета. Проведение десенсибилизирующей терапии: преднизолон в разовой дозе 1 мг/кг массы тела 2 раза в день в/м, антигистаминные препараты-димедрол, супрастин, тавегил 0,5 мл 2 раза в день в/м., кальция глюконат 0,25 г 2 раза в день внутрь. Обильное питье в виде кипяченой воды, минеральной воды, слабого чая.</p>
<p>Ситуационная задача №15. Нейротоксический синдром. Острая респираторная вирусная инфекция. Гипоксическая кома, острая надпочечниковая недостаточность. Антипиретики (50% раствор анальгина 0,2 мл+2% раствор папаверина 0,2 мл+1% раствор димедрола 0,2 мл в/м), физические методы охлаждения ребенка (холод на голову и крупные сосуды, обтирание тела полуспиртовым раствором, обдувание вентилятором). Противосудорожная терапия-реланиум или седуксен 0,5% раствор 0,5 мл в/м. Дегидратационная терапия – лазикс 10 мг в/м. Детоксикационная терапия-внутривенное медленное введение 10% раствора глюкозы 20,0 мл вместе с 5% раствором аскорбиновой кислоты и 50 мг кокарбоксилазы. Преднизолон в/м из расчета 2-3 мг/кг массы тела (20 мг). Теплое питье внутрь в виде минеральной воды, слабого чая, ягодных морсов. Срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии детской больницы в сопровождении врача. Лечебно-диагностическая люмбальная пункция с последующим посевом ликвора на флору, чувствительность к антибиотикам, проведением биохимического исследования. Осмотр врачом-реаниматологом, невропатологом. Общий анализ крови, мочи, анализ крови на основные электролиты, глюкозу, общий белок и белковые фракции, остаточный азот, креатинин, билирубин. Катетеризация центральной вены. Проведение детоксикации с дегидратацией (в/в капельно вводится 20% раствор альбумина 60 мл, 10% раствор глюкозы 200,0 мл, раствор Рингера 200,0 мл с 5% раствором вит. С 2,0 мл, кокарбоксилаза 50 мг, 5% раствор калия хлорида 6,0 мл, лазикс в/в струйно 10 мг, преднизолон по 10 мг 4 раза в день, через 6 часов). Антипиретики – 50% раствор анальгина 0,2мл +2% раствор папаверина 0,2 мл в/м через 4 часа до снижения температуры тела не ниже 37,5 градусов, в сочетании с физическими методами охлаждения. Почасовой контроль за диурезом. Антибиотикотерапия – препараты цефалоспоринового ряда в/в 2 раза в день из расчета 100 мг/кг в сутки.</p>
<p>Ситуационная задача №16 ИБС: прогрессирующая стенокардия напряжения, АВ-блокада III (дистальный вариант). Аритмогенный шок. ЭКГ, холтеровское мониторирование, гисография-электрофизиологическое исследование AV проводимости по пучку Гиса, УЗИ сердца, КФК МВ, ИМ, Язва, пневмония, плеврит, невралгия межрёберная, о/х грудного отдела, гипогликемия. Отменить метопролол, изадрин, ЭКстимуляция.</p>
<p>Ситуационная задача №17 ИБС: стенокардия напряжение, ПИКС, ГБ 3, 2. НК IIa. Сердечная астма, отек легких. Кардиогенному отёку лёгких приводит левожелудочковая недостаточность, ИМ, аортальные и митральные пороки, миокардиты, миокардиопатии, аритмии, тампонада сердца, т. е. заболевания, сопровождающиеся снижением фракции выброса. ОРДС у взрослых (некардиогенный). Неотложная терапия. Обезболивание, НГ, морфина гидрохлорид. Оксигенотерапия (маска, ИВЛ), жгуты на конечности, Фуросемид 20-80 мг в/в, дигоксин в/в, b-блокаторы до 200мг, кислород, добутамин, ниропруссид Na, эуфиллин 10-20 мл 2,4%. ЭКГ в динамике. Спирт 10мл – 30% в/в.</p>
<p>Ситуационная задача №18 Переднебоковой инфаркт миокарда, острый период. Оклюзия венечной артерии на фоне атеросклероза, реже – спазм, эмболизация, тромбоз. ЭКГ, ОАК, ОАМ, б/х, ферменты, КФК МВ, АСТ, АЛТ, ЛДГ, миоглобин (&lt;10 ммоль/л), тропинины I и Т, ХС, ТАГ, протромбиновый индекс, коронароангиография, УЗИ сердца. Анальгезия, НГ, морфин, в-блокаторы, оксигенотерапия, аспирин, тромболитическая терапия. В зависимости от результатов КАГ – стентирование или консервативное лечение</p>
<p>Ситуационная задача №20 Что не учел врач «Скорой помощи» при постановке диагноза? наличие почечной симптоматики. Что дало основание врачу-нейрохирургу отвергнуть данный диагноз? Отёки на лице, уменьшение кол-ва мочи, молодой возраст, 3 недели после ангины. Каков предполагаемый диагноз? Острый гломерулонефрит, эклампсия. ОАМ, по Земницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр&gt;L, ОАК, б/х крови – снижение белка, антистрептолизин – Острая проба Реберга-Тареева – снижение скорости клубочковой фильтрации, определение суточной протеинурии, мазок из зева на выявление – стрептококка. Исследование глазного дна, УЗИ почек. Сульфат магния 20 мл 25% раствора.</p>

<p>Диазепам, промедол. Назначьте лечение: 1 – госпитализация 4-8 недель + 2 недели после выписки. Постельный режим – 2 недели. Диета №7. Безсолевая, ограничение воды = суточный диурез + 200-400 мл, ограничение белков. Медикаментозное: АБ (бензилпенициллин) по 1-2 млн ед/сут, подавление аутоимунных реакций – (1) преднизолон 50-60 мг 1 мес, (2) цитостатики (при неэффективности ГК), (3) гепарин, (4) антиагреганты, диуретики, антигипертензивная терапия. Санаторный курс лечения</p>
<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21 Гипертензии, мочевого синдром, синдром почечной недостаточности. По мочевому – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр&gt;L, Хронический гломерулонефрит. Удельный вес снижается, Эр&gt;L, хронический пиелонефрит. L&gt;Эр, бактериурия. Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, ХПН, консервативная стадия (повышен креатинин). ОАК (лейкоцитоз, СОЭ), б/х крови (гипопротеинемия), электролиты крови (гиперкалиемия), ОАМ по Земницкому (никтурия, гипостенурия, полиурия, снижение концентрационной функции почек), ОАМ по Нечипоренко (Эр&gt;L), проба Реберга-Тареева (снижение скорости клубочковой фильтрации), определение суточной протеинурии. Биопсия почек. Исследование глазного дна, УЗИ почек. Режим, избегать ОРЗ, переохлаждения, диета №7 (малобелковая), иммуносупрессивная терапия. Комбинированная терапия (цитостатики, глюкокортикоиды, антиагреганты, гепарин, антигипертензивная терапия, диуретики).</p>
<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22 Крупозная пневмония, 1 стадия. Притупленно тимпанический. Жесткое дыхание. Febris continua. сгустки фибрина.</p>
<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23 Бронхиальная астма. Бочкообразная грудная клетка. Ослабленное везикулярное дыхание. Это связано с повышением тонуса парасимпатической нервной системы. Снижение показателей бронхиальной проходимости (тест Тиффно, ОФВ1, ФЖЕЛ), МВЛ, при неизменной или умеренно сниженной ЖЕЛ.</p>
<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24 Открытый пневмоторакс. Металлическое дыхание. Высота стояния верхушки слева увеличена, поля Кренига расширены, нижние границы слева опущены, подвижность нижнего легочного края слева ограничена. Усилится. Рестриктивный.</p>
<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25 Абсцесс легкого. Влажные звонкие средне- и крупнопузырчатые хрипы, шум падающей капли, шум плеска. Бронхоэктатическая болезнь, рак легкого, затяжной септический эндокардит, врожденные «синие» пороки сердца, цирроз печени. Мокрота имеет гнойный характер, трехслойная, при микроскопическом исследовании выявляется большое количество лейкоцитов, эритроциты, эластические волокна, <u>кристаллы жирных кислот</u>, гематоидина, холестерина, пробки Дитриха. Может выявляться нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, резкое ускорение СОЭ до 50-60 мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов, возможно развитие железодефицитной анемии (снижение гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя. Микроцитоз, гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз.</p>
<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26 Повышенной воздушности легочной ткани. Эмфизема и острое вздутие легких. Экспираторная. Бочкообразная. Ослабленное везикулярное дыхание.</p>

### 3.4. Учебно-методическое и информационное обеспечение учебной дисциплины

<b>Основная литература</b>		
Интенсивная терапия. Национальное руководство : учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед.ифармац. образованию вузов России : в 2 т. / Федерация анестезиологов и реаниматологов, Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. - М. :Гэотар Медиа. - 2009. - Т. 1. - 955 с.	4 экз. (0,153)	
Интенсивная терапия. Национальное руководство : учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед.ифармац. образованию вузов России : в 2 т. / Федерация анестезиологов и реаниматологов, Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. - М. :Гэотар Медиа. - 2009. - Т. 2. - 784 с.	4 экз. (0,153)	
<b>Электронные ресурсы</b>		
Анестезиология и интенсивная терапия [Электронный ресурс] практическое руководство / под ред. Б.Р. Гельфанда. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Литтерра, 2012. - 640 с.- Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785423500467.html">http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785423500467.html</a>	1 доступ (1,0)	

Левитэ, Е. М. Введение в анестезиологию-реаниматологию [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е. М. Левитэд; под ред. И.Г.Бобринской. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 256 с.- Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404188.html">http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404188.html</a>	1 доступ (1,0)
<b>Дополнительная литература</b>	
Анестезиология и интенсивная терапия: 21 взгляд на проблемы XXI века : научное издание / под ред. А. М. Овечкина. - М. : БИНОМ, 2011. - 407 с.	3 экз. (0,115)
Диагностика острой дыхательной недостаточности. Пульсоксиметрия : учебное пособие / ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет МЗ и социального развития РФ", Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО; Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии ; сост. В. Е. Лешкова [и др.]. - Уфа : БГМУ, 2012. - 42 с.	3 экз. (0,115)
Диагностика смерти мозга: учебное пособие для сист. послевузовского проф. образования врачей рек. УМО по мед.ифармац. образованию вузов России / И.Д. Стулин [и др.]; под ред. И.Д. Стулина. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 112с.	1 экз. (0,038)
Интенсивная терапия: современные аспекты : руководство / ред.: Д. Сью, Дж. Винч ; пер. с англ. под общ.ред. Д. В. Колотилова. - М. :МЕДпресс-информ, 2008. - 335 с. - (LANGE).	2 экз. (0,076)
Марино, Пол Л. Интенсивная терапия : руководство / Пол Л. Марино ; пер. с англ. под ред. А. П. Зильбера. - М. :Гэотар Медиа, 2010. - 764 с.	2 экз. (0,076)
Медицина неотложных состояний : избранные клинические лекции. - Донецк : Издатель Заславский А. Ю. – 2011. - Т. 3 / под ред. В. В. Никонова, А. Э. Феськова, Б. С. Федака. - 2-е изд., испр. и доп. - 448 с.	2 экз. (0,076)
Медицина неотложных состояний : избранные клинические лекции. - Донецк : Издатель Заславский А. Ю. – 2012. - Т. 4 / под ред. В. В. Никонова, А. Э. Феськова, Б. С. Федака. - 2-е изд., испр. и доп. - 512 с.	2 экз. (0,076)
Медицина неотложных состояний : избранные клинические лекции. - Донецк : Издатель Заславский А. Ю. – 2008. - Т. 1 / под ред. В. В. Никонова, А. Э. Феськова. - 3-е изд., испр. и доп. - 504 с.	2 экз. (0,076)

## Справка

о кадровом обеспечении основной профессиональной образовательной программы высшего образования (модуль «Патология»)

№	Ф.И.О. преподавателя, реализующего программу	Условия привлечения (штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель, по договору)	Должность, ученая степень, ученое звание	Перечень читаемых дисциплин	Уровень образования, наименование специальности, направления подготовки, наименование присвоенной квалификации сертификат (№, дата)	Сведения о дополнительном профессиональном образовании	Объем учебной нагрузки по дисциплине (доля ставки)	Стаж практической работы по профилю образовательной программы в профильных организациях с указанием периода работы и должности
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Лутфарахманов Ильдар Ильдусович	Штатный	Зав. кафедрой, д.м.н.	Симуляционный курс	Высшее Специальность - Лечебное дело, Квалификация – врач. Диплом ТВ №002192 от 05.07.1989. Диплом доктора медицинских наук, ДДН №002854 от 09.03.2007.	Удостоверение о повышении квалификации №180000960121 от 07.03.2016, «Вопросы анестезиологии и реаниматологии», 288 часов, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России;  Удостоверение о повышении квалификации №04060045 от 18.02.2017, «Острый коронарный синдром», 36 часов, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.	0,5ст.	4
2	Какаулин Андрей Германович	Штатный	Завуч., доцент, к.м.н.	Симуляционный курс	Высшее; Специальность – лечебное дело; Квалификация – врач. Диплом ТВ №403913 от 1991г. Диплом кандидата медицинских наук КТ №079217 от 04.10.2002г.	Удостоверение о повышении квалификации №27-0266623 от 16.12.2017 «Вопросы анестезиологии и реаниматологии», 144 часа, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.	0,25ст.	4
3	Рахимова Рита Флюоровна	штатный	Ассистент	Симуляционный курс	Высшее; Специальность- педиатрия;	Удостоверение о повышении квалификации №27-0266623 от 16.12.2017 «Вопросы анестезиологии	0,25ст.	3

					<i>Квалификация – врач-педиатр; Диплом КО №66016 от 26.06.2012</i>	<i>и реаниматологии», 144 часа, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2019г.</i>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Общее количество научно-педагогических работников, реализующих основную профессиональную образовательную программу, \_\_3\_\_ чел.
2. Общее количество ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками, реализующими основную профессиональную образовательную программу, \_\_1\_\_ ст.
3. Общее количество научно-педагогических работников организации, осуществляющей образовательную деятельность, \_\_10\_\_ чел.
4. Общего количества ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками организации, осуществляющей образовательную деятельность, \_\_13\_\_ ст.
5. Нормативный локальный акт организации об установлении учебной нагрузки для научно-педагогических работников, реализующих основную профессиональную образовательную программу, от \_\_\_\_\_ 201\_г. № \_\_\_\_\_ (заверенная скан-копия должна быть приложена к справке).

## Справка

о материально-техническом обеспечении основной профессиональной образовательной программы высшего образования

№ п/п	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
	Симуляционный курс	Кабинет 7 Объединенный симуляционно-аккредитационный центр БГМУ Уфа, Шафиева 2	Манекен для отработки навыков СЛР Дефибриллятор Монитор слежения за пациентом.
		Кабинет 8 Объединенный симуляционно-аккредитационный центр БГМУ Уфа, Шафиева 2	Монитор слежения за пациентом Робот-симулятор Sim Man Laerdal, iStan METI Фантом руки взрослого для пункции и катетеризации вен Фантом головы взрослого человека Тренажер для выполнения дренирования органов грудной клетки
		Брифинг-зал	Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран)

Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран), телевизор, видеокамера, ПК, видео- и DVD проигрыватели, мониторы. Наборы слайдов, таблиц/мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины. Видеофильмы. Ситуационные задачи. Доски.