

Министерство науки и высшего образования РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Медицинский факультет имени Т.З. Биктимирова
Кафедра инфекционных и кожно-венерических болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ
«ПОДГОТОВКА К СДАЧЕ И СДАЧА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА»
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.35 «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Методическое пособие

Ульяновск, 2022

УДК
ББК
К

Печатается по решению Ученого совета

*Института медицины, экологии физической культуры
Ульяновского государственного университета*

**Разработчик – доцент кафедры инфекционных и кожно-венерических болезней, к.м.н.
Ильмухина Л.В.**

Рецензент – профессор кафедры факультетской терапии Разин В.А.

Методическое пособие для организации практических занятий клинических ординаторов по учебной дисциплине «Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена».- Ульяновск, УлГУ, 2022.

Методическое пособие подготовлено в соответствии с требованиями рабочей программы и содержит методические указания по основным разделам учебной дисциплины «Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена» согласно действующему учебному плану. Методическое пособие предназначено для клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.35 «Инфекционные болезни».

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ.

Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена государственной итоговой аттестации (ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения ординаторами образовательной программы, соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К сдаче государственного экзамена допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе специальности ординатуры.

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Приобретение профессиональных знаний и умений.
2. Формирование у обучаемого клинического мышления.
3. Овладение практическими навыками и компетенциями.

МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП

Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена ординаторов по специальности 31.08.35 – «Инфекционные болезни» относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации «Врач-инфекционист».

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов), в т.ч. 8 часов контактной работы с преподавателем.

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции:

Универсальные компетенции выпускника, освоившего программу ординатуры:

- Системное и критическое мышление: способен критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации, определять возможности и способы их применения в профессиональном контексте УК-1);
- Разработка и реализация проектов: способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им (УК-2);
- Командная работа и лидерство: способен руководить работой команды врачей, младшего и среднего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи (УК-3);
- Коммуникация: способен выстраивать взаимодействие с учётом своей профессиональной деятельности (УК-4);
- Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение): Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории (УК-5).

Общепрофессиональные компетенции выпускника, освоившего программу ординатуры

- Деятельность в сфере информационных технологий: Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности (ОПК-1);
- Организационно-управленческая деятельность: Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания

медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ОПК-2);

- Педагогическая деятельность: Способен осуществлять педагогическую деятельность (ОПК-3);

- Медицинская деятельность: Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4);

- Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5);

- Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и/или состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов (ОПК-6);

- Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу (ОПК-7);

- Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещения (ОПК-8);

- Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ОПК-9);

- Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-10).

Профессиональные компетенции выпускника, освоившего программу ординатуры и индикаторы их достижения (медицинская деятельность):

- Проведение обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и/или состояниями с целью установления диагноза (ПК-1);

- Назначение лечения пациентам с инфекционными заболеваниями и/или состояниями, контроль его эффективности и безопасности (ПК-2);

- Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с инфекционными заболеваниями или состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ПК-3);

- Проведение медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз (ПК-4);

- Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями и/или состояниями и их последствиями (ПК-5).

В результате освоения основной профессиональной образовательной программы – программы ординатуры по специальности 31.08.35 – «Инфекционные болезни» ординатор должен:

Знать:

- Организацию помощи больным с инфекционными заболеваниями;
- Нормативные документы, регулирующие оказание помощи больным с инфекционными заболеваниями и с подозрением на инфекционное заболевание;
- Эпидемиологию инфекционных болезней;
- Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекционного заболевания и при подозрении на инфекционное заболевание;
- Механизмы иммунопатологических реакций при инфекционных заболеваниях;

- Патоморфологические изменения в органах и тканях, вызываемых инфекционными агентами;
- Основы диагностики инфекционных болезней;
- Клинические проявления часто встречающихся инфекционных болезней, их диагностику, лечение и профилактику;
- Дифференциальную диагностику инфекционных заболеваний;
- Показания к госпитализации больных с инфекционными заболеваниями и при подозрении на инфекционное заболевание;
- Меры профилактики при инфекционных заболеваниях, при подозрении на инфекционное заболевание, мероприятия в очаге инфекционного заболевания;
- Средства реабилитации, физиотерапевтические методы, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
- Основы диетотерапии при инфекционных заболеваниях;
- Критерии временной и стойкой утраты трудоспособности инфекционных больных;
- Методику диспансеризации;
- Формы и методы санитарного просвещения;
- Санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения;
- Первичные и вторичные морфологические элементы сыпей на коже, губах и слизистой оболочке полости рта и гениталий при инфекционных заболеваниях;
- Правила выдачи справок и листов нетрудоспособности;
- Современную классификацию, этиологию, патогенез, симптоматику основных инфекционных заболеваний;
- Основы фитотерапии, физиотерапии, ЛФК и врачебного контроля у инфекционных больных;
- Принципы организации и проведения интенсивной терапии реанимации при развитии неотложных состояний;
- Вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения, санаторно-курортного лечения;
- Правила ведения первичной медицинской документации инфекционного больного;
- Правила ведения отчетной документации на больных с инфекционными заболеваниями.

Уметь:

- Собрать анамнез у больного инфекционным заболеванием;
- Провести осмотр пациента с инфекционным заболеванием;
- Оценить факторы риска тяжести течения заболевания;
- Провести полное клиническое обследование;
- Сформулировать предварительный диагноз;
- Своевременно определить синдромы, требующие оказания неотложной помощи;
- Назначить необходимые лабораторные и инструментальные исследования, дать оценку их результатов;
- Решить вопрос о необходимости дополнительных специальных исследований и консультаций специалистов;
- В комплексе оценить результаты анамнеза, клинических, инструментальных и функциональных исследований, заключений специалистов;
- Поставить клинический диагноз в соответствии с международной классификацией заболеваний;
- Назначить лечение, контролировать его результаты, проводить коррекцию;
- Установить объем помощи при неотложных состояниях и последовательность ее оказания;
- Провести диспансеризацию населения различного возраста, обеспечить их дифференцированное наблюдение (с учетом факторов риска возникновения заболевания);
- Проводить диспансеризацию больных с учетом выявленной патологии, факторов риска возникновения осложнений и новых заболеваний, хронизации и возможности инвалидизации;

- Определить показания к госпитализации больных (экстренной, плановой), направить на госпитализацию;
- Владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
- Вести медицинскую документацию, применяемую в лечебно-профилактическом учреждении; анализировать свою работу, составлять по ней отчеты;
- Уметь пользоваться необходимой медицинской аппаратурой;
- Выписывать рецепты препаратов на основные лекарственные формы.

Владеть:

- Описанием клинической картины инфекционного заболевания;
- Дифференциальной диагностикой заболеваний, о клинике которых клинический ординатор должен иметь представление;
- Методами диагностики заболеваний, составлением плана лечения основных часто встречающихся инфекционных заболеваний, при которых врач-инфекционист должен восстановить здоровье пациента или оказать ему первую помощь;
- Мерами профилактики основных инфекционных болезней;
- Постановкой и оценкой диагностических кожных проб;
- Правилами забора патологического материала для исследования.

СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Дисциплины (модули)

Дисциплина	Перечень вопросов
Инфекционные болезни	Клинико-лабораторные критерии диагностики кишечных инфекций
	Диагностика и дифференциальная диагностика капельных инфекций.
	Современные трансмиссивные инфекции.
	Социально-обусловленные инфекции. Клинико-лабораторные критерии диагностики вирусных гепатитов.
	ВИЧ-инфекция
	Диагностика экзотических особо опасных инфекций. Карантинные инфекции.
	Дифференциальная диагностика заболеваний протекающих с менингеальным синдромом.
	Критические состояния в инфектологии. Неотложная помощь.
	Трудности и ошибки в диагностике и лечении инфекционных заболеваний.
	Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом экзантемы энантемы.
	Ранняя и дифференциальная диагностика острых лихорадочных заболеваний (брюшной тиф, сыпной тиф, ГЛПС, бруцеллез, малярия, сепсис, кандидоз). Диагностический поиск при лихорадке неясного генеза
Ранняя и дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с поражением зева (ангины, дифтерия, скарлатина, туляремия,	

	кандидоз) и лимфоаденопатиями (инфекционный мононуклеоз, туляремия, чума, ВИЧ-инфекция, лимфогранулематоз, токсоплазмоз).
	Ранняя и дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом желтухи.
	Ранняя и дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с диарейным синдромом.
	Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом пневмонии в клинике инфекционных болезней
	Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с поражением глаз
	Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с поражением опорно-двигательной системы
	Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с геморрагическим синдромом
	Природно-очаговые инфекции
	Герпетическая инфекция
	Организация амбулаторно-поликлинической помощи инфекционным больным
ВИЧ-инфекция	Этиология ВИЧ-инфекции. Строение вируса иммунодефицита человека.
	Эпидемиология ВИЧ-инфекции. Группы повышенного риска.
	Патогенез ВИЧ-инфекции. Причины иммунодефицита.
	Клиническая картина ВИЧ-инфекции. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции (Покровского 2001).
	ВИЧ-индикаторные болезни (оппортунистические инфекции ВИЧ).
	Диагностика ВИЧ-инфекции.
	Лечение ВИЧ-инфекции. Показания и противопоказания к антиретровирусной терапии. Препараты для лечения ВИЧ-инфекции.
	Нежелательные явления антиретровирусной терапии.
	Постконтактная профилактика ВИЧ.
	Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку.
	Профилактика ВИЧ на рабочем месте.
Постковидный синдром. Молекулярно-генетические исследования.	Молекулярная диагностика коронавирусной инфекции COVID-19.
	Цитокиновый шторм при COVID-19 и его последствия.
	Постковидный синдром определение, патогенез, клиника, диагностика.
	Постковидный синдром дифференциальная диагностика.
	Постковидный синдром методы реабилитации.
Эпидемиология	Предмет изучения эпидемиологии, задачи стоящие перед эпидемиологией.
	Дать определение эпидемическому процессу, необходимые предпосылки для возникновения и поддержания эпидемического процесса.

	Эпидемиологическая классификация инфекционных болезней (по среде обитания возбудителя, по механизму передачи и по филогенетической близости возбудителя).
	Определение источника инфекции, категории источников инфекции. Типы механизмов передачи возбудителя, значение тропности возбудителя в организме хозяина. Пути и факторы передачи.
	Природно-очаговые заболевания, понятие о паразитарной системе, современное развитие учения Е. Н. Павловского о природно-очаговых заболеваниях.
	Теория саморегуляции эпидемического процесса, основные положения, заложенные Беляковым В. Д.
	Эпидемиологические методы исследования, значение аналитического метода для вскрытия причинности при изучении заболеваемости инфекционной и неинфекционной патологии.
	Эпидемиологическая диагностика, цели и задачи. Основные этапы проведения ЭД.
	Проявления эпидемического процесса по различным признакам (по интенсивности, по территории, по времени, по различным группам населения).
	Эпидемиологический надзор, дать определение, цель и задачи ЭН. Ретроспективный эпидемиологический анализ, цель, структура, перечислить необходимые признаки по которым необходимо проводить анализ.
	Оперативный эпидемиологический анализ, цель, задачи по оперативной оценке эпидемиологической ситуации на территории.
	Первичные противоэпидемические мероприятия на врачебном участке и в очаге инфекционного заболевания. Учет и регистрация инфекционных болезней.
	Дезинфекция, виды и способы. Основные дезинфектанты, используемые в практике. Виды и способы дезинфекции.
	Стерилизация, предстерилизационный этап, способы стерилизации.
	Дезинсекция. Значение насекомых и членистоногих как переносчиков возбудителей инфекционных заболеваний.
	Дератизация, меры борьбы с грызунами. Специфическая профилактика инфекционных болезней. Виды иммунитета.
	Иммунобиологические препараты, используемые для иммунизации населения, прививочный календарь обязательных прививок, прививки по эпидемиологическим показаниям.
	Организация прививочного дела. Требования к хранению вакцин и других иммунобиологических препаратов. Учет поствакцинальных реакций и осложнений.
	Эпидемиологический надзор за группой инфекций с фекально-оральным механизмом передачи (брюшной тиф, дизентерия, сальмонеллезы, вирусный гепатит А)
	Эпидемиологический надзор за группой инфекций с аэрозольным механизмом передачи (корь, дифтерия, менингококковые инфекции, стрептококкозы).
Гепатология	Хронический вирусный гепатит. Определение. Классификация.

	<p>Диагностический поиск при хронических заболеваниях печени. Методы лабораторной и инструментальной диагностики.</p> <p>Хронический гепатит В без дельта-агента, ХГВ с дельта агентом. Фазы инфекционного процесса. Естественное долговременное течение.</p> <p>Хронический гепатит С. Естественное долговременное течение. Иммуноферментная и ПЦР-диагностика.</p> <p>Цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита. Клиника, диагностика. Классификация Чайлд-Пью. Синдром портальной гипертензии. Синдром печеночно-клеточной недостаточность. Синдром печеночной энцефалопатии.</p> <p>Лечение хронического гепатита С. Схемы лечения. Нежелательные явления терапии и возможности их коррекции.</p> <p>Лечение хронического гепатита В. Терапия ИФН и аномальными нуклеозидами. Возможности и проблемы терапии.</p> <p>Дифференциальная диагностика при хронических заболеваниях печени.</p>
Клиническая иммунология	Основы иммунологии. Оценка иммунной системы человека.
	Иммунодиагностика заболеваний иммунной системы. иммунологические тесты I-го и II-го уровня.
	Болезни иммунной системы. Первичные и вторичные иммунодефициты. Дефицит гуморального звена.
	Основные клинические синдромы проявления иммунодефицитов: злокачественные новообразования; аллергические заболевания; аутоиммунные заболевания; другие заболевания.
	Основы иммунотерапии.
Педагогика	Закономерности клинического мышления
	Алгоритм диагностического поиска
	Объект, предмет, задачи, функции, методы педагогики
	Основные категории педагогики: образование, воспитание, обучение, педагогическая деятельность, педагогическое взаимодействие, педагогическая технология, педагогическая задача
	Педагогические знания и умения
Управление проектами в профессиональной деятельности	<p>Эволюция развития и содержание проектного менеджмента. Основные признаки и элементы проекта.</p> <p>Интерпретация управления проектами в парадигме классических подходов менеджмента.</p> <p>Основные отличия управления проектами от других видов функциональной деятельности.</p> <p>Структура жизненного цикла проекта.</p> <p>Управление предметно-ориентированной деятельностью и предметной областью проекта.</p> <p>Процессы и подпроцессы проекта.</p> <p>Основные подходы к классификации проектов.</p> <p>Критерии классификации проектов в медицине.</p>

	<p>Проекты в функционально организованной структуре. Проекты в матрично-организованной структуре. Проекты в проектно-организованной структуре. Проекты в структурах, организованных по смешанному типу. Внутренняя инфраструктура управления проектом. Основные стадии инициирования проекта. Современные методы планирования проекта. Основные стадии планирования проекта. Инструментарий планирования проекта. Инструментарий мониторинга проекта. Система и методы контроля проекта. Методы управления ошибками, проблемами и изменениями в проекте. Классификация рисков и возможностей проекта. Качественный и количественный анализ рисков. Основные методы реагирования на риски. Принципы управления качеством проекта. Формирование системы эффективных коммуникаций проекта. Основные методы контроля качества. Модель зрелости управления проектами. Участники проектной деятельности. Функциональные роли членов команды проекта. Основные подходы к формированию системы мотивации в проекте. Управление знаниями как релевантная подсистема проекта. Практическое использование проектного управления на примере отечественных и зарубежных компаний в медицине. Актуальность практического использования инструментов управления проектами в медицине. Особенности управления проектами в медицине. Общие подходы к внедрению проектного управления в практическую деятельность компаний. Стратегия и алгоритм внедрения проектного управления. Приоритерные проекты в области медицины.</p>
Патология	<p>Повреждение. Сущность, причины, механизмы и виды повреждений. Патология ядра и цитоплазмы. Некроз. Причины. Вид. Клинико-морфологические формы. Стаз. Причины развития, морфология, исходы. Кровотечение. Понятие. Виды. причины, морфология. Исходы. Тромбоз. Причины, механизм тромбообразования, факторы тромбообразования, принципы патогенетической терапии тромбозов. Понятие сосудисто-тромбоцитарного (первичного) гемостаза и коагуляционного (вторичного) гемостаза. Методы исследования первичного и вторичного гемостаза. Понятие о коагулограмме. Гиперкоагуляционно-тромботические состояния, тромбозы, этиология, патогенез, исходы. Нарушения первичного гемостаза, роль тромбоцитопений и тромбоцитопатий в их возникновении. Нарушения вторичного гемостаза (дефицит прокоагулянтов, преобладание противосвертывающей системы), причины, механизм развития.</p>

	Регенерация. Условия развития. Виды. Компенсаторно-адаптационные реакции. Общая характеристика.
Общественное здоровье и здравоохранение	Законодательные основы в сфере охраны здоровья
	Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья
	Права отдельных групп населения в области охраны здоровья
	Права пациента как потребителя медицинских товаров и услуг
	Право на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности
	Права медицинских работников и меры их стимулирования
	Обязанности медицинских и фармацевтических работников. Ответственность в сфере охраны здоровья
	Система подготовки медицинских кадров в РФ. Основные направления совершенствования подготовки и переподготовки врачей
	Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам
	Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан
	Организация первичной медико-санитарной помощи
	Организация специализированной и скорой медицинской помощи
	Основы организации экспертизы трудоспособности
	Организация медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения
Государственно-частное партнерство в здравоохранении	

ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

К государственному экзамену допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной профессиональной образовательной программе.

Деканат, совместно с выпускающей кафедрой за 2 недели до начала аттестационного испытания формируют проект приказа по университету о допуске ординаторов к сдаче государственного экзамена (приложение №2).

Государственный экзамен проводится устно или письменно и состоит из 3-х этапов, включает следующие обязательные аттестационные испытания:

- 1 этап – проверка уровня общей теоретической подготовленности (междисциплинарное тестирование);
- 2 этап – проверка уровня освоения практических навыков (практические умения);
- 3 этап – оценка умений решать профессиональные задачи в ходе собеседования по теоретическим вопросам (междисциплинарное собеседование).

Результаты первого аттестационного испытания являются основанием для допуска к последующему этапу.

Результаты всех этапов определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценка за государственный экзамен выставляется как средняя оценка за 3 этапа испытаний.

ГИА проводится по утвержденной программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен и рекомендаций обучающихся по подготовке к экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу междисциплинарного государственного экзамена.

Экзаменационные билеты, методические рекомендации, программа ГИА подготавливаются выпускающей кафедрой. Банк заданий в тестовой форме, заданий для проверки умений, навыков, ситуационные задачи разрабатываются в полном соответствии с реализуемыми рабочими программами изучаемых курсов.

1 этап – междисциплинарное тестирование. Проводится по банку заданий в тестовой форме. Каждый ординатор отвечает на 60 вопросов из предлагаемых ответов на каждый вопрос 1 ответ правильный. Время для ответа на 1 вопрос в среднем 1 минута, общее время для ответа на 60 вопросов составляет 60 минут. Возможен компьютерный и бумажный вариант выполнения заданий.

Результат знаний объявляется сдающему экзамен в этот же день в виде количественной оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Ординатор, получивший «неудовлетворительно» не допускается к следующему этапу.

2 этап – проверка сформулированности компетенций по выполнению практических заданий, позволяющих ординатору демонстрировать умения и навыки. Задания данного этапа оформлены в виде экзаменационного билета.

Время для подготовки на II этапе государственного экзамена – 20 мин, время для ответа – 10 мин.

Второй этап оценивается отметкой «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Перечень основных практических навыков, выносимых для проверки на 2 этапе государственного экзамена:

- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр инфекционного больного, составление плана обследования и лечения больного с инфекционными заболеваниями
- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения инфекционного больного с подозрением на особо опасную инфекцию;
- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения больного с ведущим в клинике синдромом экзантемы и энантемы;
- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения больного с ведущим в клинике синдромом диареи;
- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения больного с ведущим в клинике синдромом лимфаденопатии;
- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения больного с ведущим в клинике синдромом лихорадки;
- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения больного с ведущим в клинике синдромом холестаза;
- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения больного с ведущим в клинике синдромом пневмонии;
- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения больного с ведущим в клинике синдромом тонзиллита;
- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения больного с ведущим в клинике катаральным синдромом поражения ВДП;
- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения больного с ведущим в клинике синдромом поражения центральной нервной системы;

- Сбор жалоб, анамнеза, осмотр, составление плана обследования и лечения больного с неотложными состояниями
- Клинический анализ результатов лабораторных тестов (биохимических, серологических, бактериологических, молекулярных)
- Составить амбулаторную карту и стационарную историю болезни
- Брать мазки-отпечатки
- Заполнять экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания или подозрении на инфекционное заболевание.

3 этап – собеседование по теоретическим вопросам. На подготовку к ответу дается время 30 минут, для ответа 10 минут.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ОПК-4	1	Укажите правильное утверждение. Сочетание расстройств зрения в виде «тумана перед глазами», диплопии, общей слабости, резкой сухости во рту характерно для: А. псевдотуберкулеза Б. пищевой токсикоинфекции В. ботулизма Г. сальмонеллеза Д. столбняка
ОПК-4	2	Укажите правильное утверждение. Лихорадка, схваткообразные боли внизу живота, частый жидкий стул с примесью слизи характерны для: А. амебиаза Б. пищевой токсикоинфекции В. холеры Г. псевдотуберкулеза Д. дизентерии
ОПК-4	3	Возможна ли репродукция ВИЧ в Т-лимфоцитах: а) да, только в Т киллерах б) да, только в Т супрессорах в) да, только в Т хелперах г) нет правильного ответа
ОПК-4	4	Заболевание, начавшееся с общей слабости, головной боли, боли в эпигастрии, рвоты с последующим развитием офтальмоплегического синдрома, укладывается в клинику: А. ГЛПС Б. столбняка В. сальмонеллеза Г. лептоспироза Д. ботулизма
ОПК-4	5	Укажите правильное утверждение. Боли и болезненность икроножных мышц являются характерным симптомом: А. псевдотуберкулеза Б. лептоспироза В. бруцеллеза Г. бешенства

		Д. столбняка
ОПК-4	6	Укажите правильное утверждение. Сочетание высокой лихорадки, сильной головной боли, увеличения печени и селезенки с наличием розеолезно-петехиальной сыпи на туловище и сгибательных поверхностях конечностей характерно для: А. клещевого сыпного тифа Б. брюшного тифа В. паратифа А Г. вшиного сыпного тифа Д. псевдотуберкулеза
ОПК-4	7	Сочетание каких симптомов характерно для ранней стадии ВИЧ-инфекции? а) лихорадка, лимфаденопатия; б) лихорадка, опухолевые процессы; в) нормальная температура, лимфаденопатия; г) все вышеперечисленное.
ОПК-4	8	Заболевание, сопровождающееся резкой интоксикацией, болями в животе, частым жидким зловонным стулом, напоминающим «болотную тину» вероятнее всего является: А. холерой Б. дизентерией В. амебиазом Г. сальмонеллезом Д. иерсиниозом
ОПК-4	9	Лимфатические узлы у больных ВИЧ-инфекцией: а) болезненные, флюктуируют при пальпации б) с гиперемией кожных покровов над ними в) спаяны с кожей г) увеличены до 3 см и более д) безболезненные, имеют туго-эластичную консистенцию е) образуют бубон
ОПК-4	10	Укажите препарат для лечения больных пищевой токсикоинфекцией II степени обезвоживания: 1. тетрациклин; 2. фторхинолоны; 3. физиологический раствор; 4. цитроглукосолан.
ОПК-4	11	Заболевание, сопровождающееся резкой интоксикацией, высокой лихорадкой, болями в груди, кашлем с кровянистой мокротой и скудными физикальными данными со стороны легких, скорее всего является: А. туляремией Б. чумой В. сыпным тифом Г. легионеллезом Д. орнитозом
ОПК-4	12	Заболевание, возникшее остро, сопровождающееся лихорадкой, головной болью, болями в животе схваткообразного характера, жидким стулом с примесью значительного количества слизи, с прожилками крови, болезненностью по ходу нисходящего отдела

		толстого кишечника, клинически следует расценивать, как: А. амебную дизентерию Б. пищевую токсикоинфекцию В. ботулизм Г. дизентерию Д. сальмонеллез
ОПК-4	13	Заболевание, возникшее через 12 часов после употребления сырого утинового яйца, сопровождающееся резкой интоксикацией, высокой температурой, болями в животе, рвотой, частым жидким стулом зеленоватого цвета с небольшим количеством слизи и очень неприятным запахом, клинико-эпидемиологически должно быть расценено, как: А. холера Б. амебиаз В. дизентерия Г. сальмонеллез Д. балантидиаз
ОПК-4	14	Заболевание, сопровождающееся на 5-й день болезни выраженной интоксикацией, высокой температурой, болями в суставах, одутловатостью и гиперемией лица, гиперемией шеи, кистей и стоп, урчанием и болезненностью в илеоцекальной области, ярко-красной сыпью на туловище и конечностях, укладывается в клинику: А. сальмонеллеза Б. брюшного тифа В. псевдотуберкулеза Г. трихинеллеза Д. сыпного тифа
ОПК-4	15	Заболевание, сопровождающееся интоксикацией, слабостью, головной болью, рвотой, наличием геморрагической сыпи различных размеров с некрозом в центре, тяготеющей к нижней половине туловища и ногам, можно оценить клинически, как: А. клещевой сыпной тиф Б. сыпной тиф В. брюшной тиф Г. менингококкцемию Д. псевдотуберкулез
ОПК-4, ОПК-8	16	Заболевание, возникшее в июне у жителя пригорода Хабаровска, сопровождалось высокой лихорадкой, сильными головными болями, гиперемией лица, инъекцией сосудов склер, наличием обильной пятнисто-папулезной сыпи на туловище и разгибательных поверхностях конечностей, а также корочки диаметром 2 см на инфильтрированном основании на коже груди у левого соска, вероятнее всего является: А. ГЛПС Б. лептоспирозом В. болезнью Лайма Г. клещевым сыпным тифом Д. клещевым энцефалитом
ОПК-4	17	При поступлении в больницу больного 30 лет с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, наличие темной мочи, легкий зуд кожи, выраженной желтушностью склер и кожных

		<p>покровов и гепатомегалией, следует предполагать:</p> <p>А. подпеченочную желтуху Б. лептоспироз В. псевдотуберкулез Г. иерсиниоз Д. вирусный гепатит</p>
ОПК-4	18	<p>Заболевание, начавшееся с появления обильного водянистого калового стула, который спустя несколько часов стал напоминать рисовый отвар без калового запаха, имеет наибольшее сходство с:</p> <p>А. дизентерией Б. сальмонеллезом В. амебиазом Г. балантидиазом Д. холерой</p>
ОПК-4	19	<p>Сочетание лихорадки, головной боли, болезненности в илеоцекальной области, скудной розеолезной сыпи с увеличением печени и селезенки, скорее всего, указывает на:</p> <p>А. сыпной тиф Б. клещевой энцефалит В. дизентерию Г. брюшной тиф Д. корь</p>
ОПК-8	20	<p>В поселке К., находящемся в районе природного очага чумы, врачом выявлен больной с подозрением на легочную форму чумы. Больной проживает в частном доме в семье, где двое взрослых (мать и жена больного) и ребенок (сын 5 лет). Членов семьи следует изолировать на:</p> <p>А. 2 дня Б. 3 дня В. 5 дней Г. 7 дней Д. 14 дней</p>
ОПК-4	21	<p>Для холеры характерно сочетание симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе, тошноты; 2. тошнота, рвота; 3. водянистый зловонный стул; 4. жидкий зеленоватой окраски стул, диффузные боли в животе.
ОПК-4	22	<p>Генерализованную форму сальмонеллеза от локализованной отличают симптомы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рвота; 2. боли в животе; 3. жидкий стул; 4. гепатоспленомегалия.
ОПК-4	23	<p>Укажите причину кишечного кровотечения при брюшном тифе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. интоксикация; 2. бактериемия; 3. язвенное поражение лимфоидных образований подвздошной кишки; 4. язвенное поражение двенадцатиперстной кишки.
ОПК-4	24	<p>Цитолиз печеночных клеток при вирусных гепатитах отражают следующие биохимические тесты:</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. уровень холестерина; 2. уровень общего белка и белковые фракции крови; 3. уровень аланинаминотрансферазы и аспарагинаминотрансферазы; 4. тимоловая проба.
ОПК-4	25	<p>Какие ферменты отражают холестаза при вирусных гепатитах?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. АлАт; 2. АсАт; 3. циклический аминокислотный фосфат; 4. щелочная фосфатаза.
ОПК-4	26	<p>Сочетание каких симптомов характерно для острой формы амебиаза?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. боли в правой подвздошной области, жидкий стул; 2. боли в правой подвздошной области, стул по типу «малинового желе»; 3. рвота, отсутствие болей в животе; 4. высокая температура, жидкий с прожилками крови стул.
ОПК-4	27	<p>Какой симптом не характерен для лептоспироза?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. интоксикация; 2. интенсивные миалгии; 3. поражение почек; 4. обильный частый водянистый стул.
ОПК-4	28	<p>Укажите характерные изменения в периферической крови при брюшном тифе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нейтрофильный лейкоцитоз; 2. лейкопения с относительным лимфоцитозом; 3. лейкоцитоз с лимфоцитозом; 4. лейкоцитоз с эозинофилией.
ОПК-4	29	<p>Укажите сроки первичного появления сыпи при брюшном тифе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1-3 день болезни; 2. 4-7 день болезни; 3. 8-10 день болезни; 4. после 14 дня болезни.
ОПК-4	30	<p>Какой вирусный гепатит чаще сопровождается хронизацией патологического процесса с исходом в цирроз?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вирусный гепатит А; 2. вирусный гепатит В; 3. вирусный гепатит С; 4. вирусный гепатит Е.
ОПК-4	31	<p>Какое сочетание симптомов характерно для колитического варианта дизентерии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. высокая температура, тошнота, боли в эпигастрии; 2. высокая температура, боли в левой подвздошной области, скудный стул с примесью слизи и крови; 3. нормальная температура, боли в правой подвздошной области, жидкий стул с кровью; 4. высокая температура, диффузные боли в животе, обильный водянистый стул.
ОПК-4, ОПК-10	32	<p>С каким возбудителем ассоциируется тяжелое течение малярии с развитием комы?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. P. Vivax; 2. P. Ovale;

		3. PI. Malaria; 4. PI. Falciparum.
ОПК-8, ОПК-9	33	При выявлении инфекционного заболевания, не относящегося к особо опасным инфекциям, экстренное извещение должно быть отправлено в течение: 1. 1-х суток 2. 3-х дней 3. Немедленно
ОПК-8	34	Эпидемиология пищевых токсикоинфекций характеризуется всем перечисленным, кроме: 1. Возбудители попадают в пищу из внешней среды 2. Возможно эндогенное инфицирование пищевых продуктов 3. Путь заражения алиментарный 4. Часто протекают в виде вспышек 5. Возможно парентеральное заражение
ОПК-8	35	Какие из указанных противоэпидемических мероприятий показаны в очаге эпидемического паротита? 1. обязательная изоляция больных в инфекционный стационар 2. разобщение неиммунных лиц до 10-летнего возраста с 11 по 12-й день от момента контакта 3. изоляция больных на 9 дней от начала болезни 4. вакцинация неиммунных контактных детей
ОПК-9	36	Который из указанных источников не может быть информацией о здоровье? 1. Официальная информация о смертности населения 2. Данные страховых компаний 3. Эпидемиологическая информация 4. Данные мониторинга окружающей среды и здоровья 5. Регистры заболеваний, несчастных случаев и травм
ОПК-9	37	Без согласия гражданина или его представителя медицинское вмешательство допускается при заболеваниях: 1. опасных для окружающих, 2. тяжелых психических, 3. любых
ОПК-9	38	Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется в медицинской документации с подписью: 1. медицинского работника, 2. родственников или друзей, 3. любого сопровождающего, 4. гражданина или его представителя

Ключ к тестовым заданиям

№ тестового задания с	1-в	2-в	3-а	4-в	5-б	6-б	7-а	8-б	9-д	10-4
	11-в	12-г	13-б	14-в	15-д	16-б	17-д	18-в	19-а	20-г

вариантом правильного ответа	21-1	22-4	23-3	24-3	25-4	26-2	27-4	28-2	29-3	30-3
	31-2	32-4	33-1	34-5	35-3,4	36-2	37-1	38-1,4		

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ОПК-2	2	<p>В РФ частную систему здравоохранения составляют</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей 2) федеральные органы исполнительной власти и их территориальные органы 3) медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти +4) медицинские организации, создаваемые юридическими и физическими лицами
ОПК-2	3	<p>Гражданин, получающий медицинскую помощь в рамках «Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» имеет право выбирать медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) два раза в год +2) не чаще одного раза в год 3) один раз в два года 4) один раз в пять лет
ОПК-2	4	<p>Соблюдение врачебной тайны при оказании медицинской помощи регулируется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Конституций РФ 2) Уголовным кодексом РФ +3) ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в РФ» 4) ФЗ « Об обязательном медицинском страховании в РФ»
ОПК-2	5	<p>Документ, дающий право медицинскому работнику заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диплом об окончании медицинского высшего или среднего учебного заведения +2) свидетельство об аккредитации специалиста 3) свидетельство об окончании ординатуры 4) свидетельство об окончании курсов повышения квалификации
ОПК-2	6	<p>Самый массовый и доступный вид медицинской помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> +1) первичная медико-санитарная помощь 2) специализированная высокотехнологичная медицинская помощь 3) скорая медицинская помощь 4) паллиативная медицинская помощь
ОПК-2	7	<p>Доступность первичной медико-санитарной помощи обеспечивается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проведением профилактических осмотров 2) оказанием медицинской помощи на основе разработанных стандартов 3) применением порядков оказания медицинской помощи +4) предоставлением медицинской помощи в рамках

		программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи
ОПК-2	8	Первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) оказывают в условиях: +1) амбулаторных и дневного стационара 2) диспансера 3) реабилитационного центра 4) центра высокотехнологичной медицинской помощи
ОПК-2	9	Численность обслуживаемого населения участковым терапевтом должна составлять: 1) 800 2) 1200 3) 1500 +4) 1700
ОПК-2	10	На территориальном участке у участкового педиатра должно быть: +1) 800 детей 2) 1200 3) 1500 4) 1700
ОПК-2	11	Основные функции участкового врача: +1) оказание ПМСП приходящим больным и больным на дому, проведение экспертизы временной нетрудоспособности 2) оказание специализированной медицинской помощи приходящим больным и больным на дому, проведение экспертизы временной нетрудоспособности 3) оказание лечебной помощи больным дневных стационаров, проведение экспертизы временной нетрудоспособности 4) оказание лечебно-профилактической помощи приходящим больным и больным на дому, проведение медико-социальной экспертизы
ОПК-2	12	Профилактические медицинские осмотры являются основой: +1) первичной медико-санитарной помощи 2) специализированной медицинской помощи 3) реабилитации 4) экспертизы трудоспособности
ОПК-2	13	Первичная заболеваемость - это +1) заболевания, впервые выявленные в этом году 2) заболевания, регистрируемые врачом и записанные им в медицинской документации 3) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году 4) заболевания выявленные при проведении медицинского осмотра
ОПК-2	14	Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) - это: 1) заболевания, впервые зарегистрированных за данный год

		<ul style="list-style-type: none"> +2) все заболевания, зарегистрированные за год 3) все заболевания, зарегистрированные за 3 года 4) все заболевания, зарегистрированные за 5 лет
ОПК-2	15	<p>Наибольшее влияние на возникновение заболеваний населения оказывают:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) организация и качество медицинской помощи 2) климатические и экологические факторы +3) социально-экономические условия и образ жизни населения 4) наследственность
ОПК-2	16	<p>Отделение профилактики входит в состав:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) стационара +2) поликлиники 3) диспансера 4) родильного дома 5) центра гигиены и эпидемиологии
ОПК-2	17	<p>Измерителем мощности поликлиники является:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) численность населения на территории обслуживания +2) число посещений в смену 3) численность населения на терапевтическом участке 4) численность врачей в поликлинике
ОПК-2	18	<p>Медицинские осмотры способствуют выявлению заболеваний:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфекционных, хронических 2) острых, впервые выявленных +3) хронических, скрытно протекающих 4) неинфекционных, с утратой трудоспособности
ОПК-2	19	<p>Критерии обоснования медико-социальной значимости болезни или группы заболеваний:</p> <ul style="list-style-type: none"> +1) высокие показатели общей и первичной заболеваемости, инвалидности, смертности, большие затраты на диагностику и лечение 2) высокие показатели общей и первичной заболеваемости, наличие не модифицируемых факторов риска и отсутствие модифицируемых факторов риска 3) высокие показатели инвалидности, смертности, необходимость получения платных медицинских услуг 4) высокие показатели заболеваемости и инвалидности, необходимость оказания первичной медико-санитарной помощи
ОПК-2	20	<p>Лечащий врач может единолично оформить и продлить листок нетрудоспособности на срок:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) до 10 дней +2) до 15 дней 3) до 30 дней 4) до выздоровления
ОПК-2	21	<p>Продление листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах свыше 15 календарных дней осуществляет:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) лечащий врач 2) заведующий отделением 3) главный врач медицинской организации +4) врачебная комиссия медицинской организации

ОПК-2	22	<p>О рациональном использовании коечного фонда стационара судят по:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) числу больных, пролеченных за год +2) числу дней работы койки в году 3) структуре коечного фонда 4) числу развернутых коек
ОПК-2	23	<p>Ориентировочный норматив использования коек (среднегодовая занятость койки) в городских больницах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 300 дней 2) 320 дней +3) 340 дней 4) 365 дней
ОПК-2	24	<p>Мощность стационара определяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) численностью обслуживаемого населения +2) количеством коек 3) объемом оказываемых медицинских услуг 4) количеством работающих врачей
ОПК-2	25	<p>Качество медицинской помощи - это</p> <p>+1) совокупность характеристика, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов диагностики и лечения, степень достижения запланированного результата</p> <p>2) полнота выполненных лечебно-диагностических мероприятий при оказании медицинской помощи</p> <p>3) полнота и своевременность выполненных лечебно-диагностических мероприятий</p> <p>4) свойство медицинской услуги удовлетворять спрос потребителей, удовлетворенность пациента проведенным лечением</p>
ОПК-2	26	<p>Компоненты обеспечения качества медицинской помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) техническое качество 2) эффективность использования ресурсов 3) контроль степени риска и удовлетворенность пациента +4) все верно
ОПК-2	27	<p>Контроль в сфере охраны здоровья включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) контроль качества и безопасности медицинской деятельности 2) государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств и в сфере обращения медицинских изделий 3) государственный санитарно-эпидемиологический надзор +4) все верно
ОПК-2	28	<p>Наиболее информативным методом оценки качества и эффективности работы МО является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) метод анализа статистических показателей деятельности МО +2) метод экспертных оценок

		<p>3) социологический метод</p> <p>4) экспериментальный метод</p>
ОПК-2	29	<p>Качество амбулаторно-поликлинической помощи обеспечивается:</p> <p>1) широкой сетью поликлиник</p> <p>2) укомплектованностью штатами медицинских работников</p> <p>+3) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи</p> <p>4) предоставлением медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи</p>
ОПК-2	30	<p>Показатели качества и эффективности профилактических осмотров:</p> <p>1) полнота охвата населения профилактическими осмотрами</p> <p>+2) частота выявления заболеваний при профилактических осмотрах</p> <p>3) показатель структуры заболеваемости, выявленной на профилактических осмотрах</p> <p>4) полнота охвата декретированных контингентов профилактическими осмотрами</p>
ОПК-2	31	<p>К показателям качества стационарной помощи относятся:</p> <p>+1) общая летальность, повторность госпитализации в течение года с данным заболеванием, частота совпадений клинических и патологоанатомических диагнозов</p> <p>2) общая летальность, структура госпитализированных больных по нозологиям, частота совпадений клинических и патологоанатомических диагнозов</p> <p>3) общая летальность, структура оперативных вмешательств, частота совпадений клинических и патологоанатомических диагнозов</p> <p>4) общая летальность, обеспеченность населения больничными койками, частота послеоперационных осложнений</p>
ОПК-2	32	<p>Порядок оказания медицинской помощи содержит:</p> <p>+1) этапы оказания медицинской помощи, стандарт оснащения медицинской организации</p> <p>2) усредненные показатели кратности применения медицинских услуг</p> <p>3) конечные результаты выполнения медицинских услуг</p> <p>4) усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарственных препаратов</p>
ОПК-2	33	<p>Стандарт медицинской помощи включает:</p> <p>1) этапы оказания медицинской помощи, стандарт оснащения медицинской организации, конечные результаты выполнения медицинских услуг</p> <p>+2) конечные результаты выполнения медицинских услуг, усредненные показатели кратности применения медицинских</p>

		<p>услуг, усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарственных препаратов</p> <p>3) стандарт оснащения медицинской организации, усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарственных препаратов</p> <p>4) конечные результаты выполнения медицинских услуг, стандарт оснащения медицинской организации</p>
ОПК-2	34	<p>К объектам стандартизации в здравоохранении относятся:</p> <p>1) медицинские услуги</p> <p>2) технологии и техническое обеспечение выполнения медицинских услуг</p> <p>3) качество медицинских услуг</p> <p>+4) все перечисленное</p>
ОПК-2	35	<p>Структурный подход при оценке качества медицинской помощи предполагает:</p> <p>+1) лицензирование, аккредитацию и сертификацию ресурсной базы медицинских организаций</p> <p>2) соблюдение определенных технологий лечебно-диагностического процесса</p> <p>3) достижение укомплектованности медицинской организации квалифицированными кадрами медицинских работников</p> <p>4) оценку степени достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи</p>
ОПК-2	36	<p>Процессуальный подход при оценке качества медицинской помощи предполагает:</p> <p>1) лицензирование, аккредитацию и сертификацию ресурсной базы медицинских организаций</p> <p>+2) соблюдение определенных технологий лечебно-диагностического процесса</p> <p>3) достижение укомплектованности медицинской организации квалифицированными кадрами медицинских работников</p> <p>4) оценку степени достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи</p>
ОПК-2	37	<p>Результативный подход при оценке качества медицинской помощи предполагает:</p> <p>1) лицензирование, аккредитацию и сертификацию ресурсной базы медицинских организаций</p> <p>2) соблюдение определенных технологий лечебно-диагностического процесса</p> <p>3) достижение укомплектованности медицинской организации квалифицированными кадрами медицинских работников</p> <p>+4) оценку степени достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи</p>
ОПК-2	38	<p>Удовлетворенность пациента качеством</p>

		<p>медицинской помощи изучается методом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) экспертных оценок +2) анкетирования 3) анализа медицинской документации 4) анализа медико-статистических показателей
ОПК-2	39	<p>Эффективность медицинского обслуживания представляет собой:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) степень удовлетворенности пациентов различными видами медицинской помощи 2) степень использования медицинских технологий на каждом этапе оказания медицинской помощи (диагностики, лечения, реабилитации) +3) степень достижения поставленных задач в профилактике заболеваний, инвалидности, диагностике, лечении и реабилитации 4) степень использования современных методов статистической обработки показателей, отражающих эффективность медицинской помощи
ОПК-2	40	<p>Критерии качества медицинской помощи в амбулаторных условиях регламентируют срок установления клинического диагноза с момента обращения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в течении 3 дней 2) в течении 5 дней +3) в течении 10 дней 4) в течении 15 дней
ОПК-2	41	<p>Критерии качества медицинской помощи в стационарных условиях регламентируют срок установления предварительного диагноза с момента поступления в медицинскую организацию не позднее:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1 часа +2) 2 часов 3) 8 часов 4) 24 часов
ОПК-2	42	<p>Критерии качества медицинской помощи в стационарных условиях регламентируют срок установления клинического диагноза с момента поступления в профильное отделение медицинской организации не позднее:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 8 часов 2) 24 часов 3) 48 часов +4) 72 часов
ОПК-2	43	<p>Критерии качества медицинской помощи в стационарных условиях регламентируют срок установления клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям в профильное отделение медицинской организации не позднее:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 8 часов +2) 24 часов 3) 48 часов 4) 72 часов

ОПК-2	44	<p>Коэффициент медицинской результативности определяется:</p> <p>+1) отношением числа случаев с достигнутым медицинским результатом к общему числу оказываемых случаев медицинской помощи</p> <p>2) отношением числа случаев удовлетворенности потребителя к общему числу оцениваемых случаев медицинской помощи</p> <p>3) отношением нормативных затрат к фактически произведенным затратам на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи</p> <p>4) отношением числа случаев полного соблюдения адекватных технологий к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи</p>
ОПК-2	45	<p>Коэффициент качества медицинской помощи определяется:</p> <p>1) отношением числа случаев с достигнутым медицинским результатом к общему числу оказываемых случаев медицинской помощи</p> <p>2) отношением числа случаев удовлетворенности потребителя к общему числу оцениваемых случаев медицинской помощи</p> <p>3) отношением нормативных затрат к фактически произведенным затратам на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи</p> <p>+4) отношением числа случаев полного соблюдения адекватных технологий к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи</p>
ОПК-2	46	<p>Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях:</p> <p>+1) выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата</p> <p>2) выявления изменений состояния пациента, послужившего непосредственной причиной его нетрудоспособности и других неблагоприятных исходов заболевания</p> <p>3) выявления дефектов в оснащении медицинских организаций современным оборудованием и медикаментами</p> <p>4) выявления особенностей течения заболеваний и осложнений заболеваний у пролеченных в медицинской организации пациентов</p>
ОПК-2	47	<p>Критерии оценки качества медицинской помощи формируются:</p> <p>1) по группам заболеваний или состояний</p> <p>2) на основе соответствующих порядков и стандартов оказания медицинской помощи</p> <p>3) на основе клинических рекомендаций</p> <p>+4) все верно</p>
ОПК-2	48	<p>Обязательному лицензированию в РФ подлежат:</p> <p>1) государственные и муниципальные медицинские организации</p> <p>2) частные медицинские организации</p> <p>3) индивидуальные предприниматели, занимающиеся медицинской деятельностью</p> <p>+4) все верно</p>
ОПК-2	49	<p>Цель лицензирования в здравоохранении:</p> <p>+1) защита прав пациента, как потребителя медицинских услуг</p>

		<p>2) защита интересов производителей медицинских услуг</p> <p>3) защита интересов производителей медицинского оборудования</p> <p>4) защита интересов производителей лекарственных препаратов</p>
ОПК-2	50	<p>Информация, полученная при оценке качества медицинской помощи может быть использована:</p> <p>+1) при лицензировании и сертификации медицинских организаций в системе ОМС</p> <p>2) при проведении медико-социальной экспертизы</p> <p>3) при установлении цен на медицинские услуги</p> <p>4) при оценке общественного здоровья</p>

Ключ к тестовым заданиям ОЗЗ

Раздел, тема	№ практического (практических), семинарского (семинарских) занятия (занятий)	№ правильного ответа
1. Правовое обеспечение организации медицинской помощи в РФ. Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан	1	<p>Задание 1 Ответ 2</p> <p>Задание 2 Ответ 4</p> <p>Задание 3 Ответ 2</p> <p>Задание 4 Ответ 3</p> <p>Задание 5 Ответ 2</p> <p>Задание 6 Ответ 1</p> <p>Задание 7 Ответ 4</p> <p>Задание 8 Ответ 1</p> <p>Задание 9 Ответ 4</p> <p>Задание 10 Ответ 1</p> <p>Задание 11 Ответ 1</p> <p>Задание 12 Ответ 1</p> <p>Задание 13 Ответ 1</p> <p>Задание 14 Ответ 2</p> <p>Задание 15 Ответ 3</p> <p>Задание 16 Ответ 2</p> <p>Задание 17 Ответ 2</p> <p>Задание 18 Ответ 3</p> <p>Задание 19 Ответ 1</p> <p>Задание 20 Ответ 2</p> <p>Задание 21 Ответ 4</p> <p>Задание 22 Ответ 2</p> <p>Задание 23 Ответ 3</p> <p>Задание 24 Ответ 2</p>
2. Организация оценки качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях	2	<p>Задание 25 Ответ 1</p> <p>Задание 26 Ответ 4</p> <p>Задание 27 Ответ 4</p> <p>Задание 28 Ответ 2</p> <p>Задание 29 Ответ 3</p> <p>Задание 30 Ответ 2</p> <p>Задание 31 Ответ 1</p> <p>Задание 32 Ответ 1</p> <p>Задание 33 Ответ 2</p> <p>Задание 34 Ответ 4</p> <p>Задание 35 Ответ 1</p> <p>Задание 36 Ответ 2</p> <p>Задание 37 Ответ 4</p>

		Задание 38 Ответ 2 Задание 39 Ответ 3 Задание 40 Ответ 3 Задание 41 Ответ 2 Задание 42 Ответ 4 Задание 43 Ответ 2 Задание 44 Ответ 1 Задание 45 Ответ 4 Задание 46 Ответ 1 Задание 47 Ответ 4 Задание 48 Ответ 4 Задание 49 Ответ 1 Задание 50 Ответ 1
--	--	--

МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Перечень тестов (тестовых заданий) формируется отдельно для каждой компетенции

Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
ОПК-7		<p>1. Первоочередные мероприятия, проводимые пострадавшему с открытым пневмотораксом</p> <p>а) обезболивание б) дренирование плевральной полости в) интубация трахеи г) окклюзионная повязка</p> <p>2. К методам временной остановки кровотечения относится</p> <p>а) перевязка сосуда в ране б) перевязка сосуда на протяжении в) наложение кровоостанавливающего зажима г) форсированное сгибание конечностей</p> <p>3. При отравлении ФОВ антидотом является</p> <p>а) афин б) антициан в) магния окись г) натрия тиосульфат</p> <p>4. Транспортировка больных с повреждением таза</p> <p>а) лежа на носилках, поза «лягушки» б) в устойчивом боковом положении в) полусидя г) лежа на носилках с валиком под поясницей</p> <p>5. Первая медицинская помощь при ранении наружной сонной артерии</p> <p>а) пальцевое прижатие б) наложение давящей воздухонепроницаемой повязки в) обезболивание г) прошивание раны</p> <p>6. Огнестрельная рана считается сквозной, если имеется</p> <p>а) только входное отверстие</p>

- б) только выходное отверстие
- в) входное и выходное отверстие
- г) все ответы верны

7. Признаки правильного наложения жгута

- а) посинение конечности
- б) онемение конечности
- в) прекращение кровотечения и онемение конечности
- г) прекращение кровотечения и исчезновение пульса на периферии конечности

8. Сколько этапов медицинской эвакуации принято в службе медицины катастроф?

- а) 1 этап
- б) 2 этапа
- в) 3 этапа
- г) 4 этапа

9. Первичная медицинская карта на пострадавшего (больного) в ЧС заполняется при оказании

- а) первой медицинской помощи
- б) первой врачебной помощи
- в) квалифицированной медицинской помощи
- г) специализированной медицинской помощи

10. Средства медицинской помощи пораженным ОВ раздражающего и слезоточивого действия:

- а) Димедрол
- б) Фицилин
- в) ДПС-1
- г) Афин
- д) Амилнитрит.

11. Средства антидотной терапии пораженным оксидом углерода:

- а) Унитиол
- б) Хромосмон
- в) Ацизол
- г) Кислород
- д) Тиосульфат натрия.

12. Какие средства могут использоваться для профилактики первичной реакции на облучение

- а) Цистамин
- б) Этаперазин
- в) Димедрол
- г) Диметкарб
- д) Нафтизин

13. Проникающая радиация это:

- а) Поток альфа-частиц
- б) Поток бета-частиц
- в) Поток нейтронов и гамма-лучей
- г) Электромагнитный импульс

14. Острая лучевая реакция развивается в результате кратковременного

общего облучения в дозе:

- а) 0,1 - 0,5 Гр
- б) 0,5 - 1 Гр
- в) 1 - 10 Гр
- г) более 10 Гр

15. Для предупреждения накопления в щитовидной железе радиоактивного

йода используются:

- а) Феррацин
- б) Препараты йода
- в) Адсобар
- г) Цистамин

16. Для предотвращения всасывания из желудочно-кишечного тракта

изотопов цезия наиболее эффективен:

- а) Феррацин
- б) Препараты йода
- в) Карболен
- г) Цистамин

17. После оказания первой врачебной помощи отравленного

этиленгликолем необходимо:

- а) лечить в поликлинике;
- б) эвакуировать в ближайшем ЛПУ;
- в) эвакуировать в специализированный токсикологический центр или реанимационное отделение окружного госпиталя.

18. Первая медицинская помощь при отморожении нижних конечностей:

- а) погружение стоп в воду с t - до 40°C ;
- б) наложение теплоизолирующих повязок;
- в) госпитализация в стационар.

19. Меры направленные на ликвидацию расстройств внешнего дыхания при травматическом шоке:

- а) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей;
- б) интубация трахеи;
- в) коникотомия;
- г) оксигенотерапия;
- д) катетеризация.

20. Меры направленные на ликвидацию нарушений кровообращения:

- а) временная остановка наружного кровотечения;
- б) катетеризация центральной (подключичной, подкожной вены бедра) или средней вены локтевого сгиба для проведения инфузионной терапии;
- в) оксигенотерапия.

21. Непосредственной причиной смерти при поражении ФОВ является

- а) Желудочное кровотечение
- б) Остановка дыхания
- в) Прекращение сердечной деятельности
- г) Судороги

22. Наиболее быстро симптомы поражения ФОВ развиваются при следующих путях проникновения

- а) Ингаляционном
- б) Перкутанном
- в) Через раневые поверхности
- г) Пероральном
- д) Через слизистые глаз

23. Для защиты от поражения ОВ кожно-нарывного действия

необходимо использовать:

- а) Профилактический антидот
- б) Фильтрующий противогаз
- в) Средства защиты кожи
- г) Средства защиты кожи и фильтрующий противогаз

24. Клинические проявления первичной реакции на облучение

используемые для прогнозирования степени тяжести острой

лучевой болезни:

- а) Рвота
- б) Понос
- в) Головная боль
- г) Состояние сознания

25. Суммарную оценку шокогенности травмы определяют на основании данных:

- а) частоты дыхания;
- б) дыхательных движений грудной клетки;
- в) величины систолического давления;
- г) состояния микроциркуляции;
- д) уровня сознания.

ОПК-7		<p>26. Зоной заражения АХОВ называют:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) место разлива вещества; б) территорию, на которой произошли массовые поражения людей; в) территорию заражения АХОВ в опасных для жизни людей пределах; г) местность, представляющая опасность заражения людей АХОВ. <p>27. Глубина зоны заражения АХОВ определяется:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, скоростью ветра, степенью вертикальной устойчивости воздуха, характером местности; б) характером местности, количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, агрегатным состоянием вещества, состоянием вертикальной устойчивости воздуха; в) агрегатным состоянием вещества, характером местности, степенью вертикальной устойчивости воздуха, температурой воздуха; <p>28. Очагом поражения АХОВ называют:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) территорию, в пределах которой в результате аварии на химически опасном объекте произошли массовые поражения людей; б) местность опасную для здоровья и жизни людей вследствие действия АХОВ; в) территорию, подвергнувшуюся заражению АХОВ вследствие аварии на химически опасном объекте. <p>29. Исходные данные для определения величины и структуры потерь населения в зоне заражения АХОВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) площадь зоны заражения, плотность населения в зоне заражения, условия нахождения людей (открыто, в простейших укрытиях, зданиях), обеспеченность противогазами; б) концентрация веществ в воздухе, наличие противогазов, метеоусловия, характер местности; в) агрегатное состояние вещества в момент аварии. внезапность выброса (разлива) вещества, наличие средств защиты, метеоусловия; г) время суток, масштаб разлива вещества, наличие средств защиты, готовность здравоохранения к ликвидации последствий аварии. <p>30. Основные метеорологические факторы, определяющие распространение АХОВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) температура и влажность воздуха, осадки; б) степень вертикальной устойчивости воздуха, температура воздуха, скорость ветра;

- в) степень вертикальной устойчивости воздуха, влажность воздуха, скорость ветра;
- г) скорость ветра, температура воздуха, температура почвы;

31. Величина потерь населения вследствие аварии на химически опасном объекте определяется (основные факторы):

- а) масштабами заражения (площадь зоны заражения), плотностью населения, степенью защиты;
- б) метеоусловиями, степенью защиты, площадью зоны заражения;
- в) наличием противогазов, количеством АХОВ и площадью их разлива, скоростью ветра;
- г) метеоусловиями, местом нахождения людей, наличием средств индивидуальной защиты;

32. Перечисленные вещества относятся к быстродействующим АХОВ:

- а) хлор, аммиак, синильная кислота;
- б) фосген, аммиак, хлор
- в) диоксин, хлорацетон;
- г) фосген, хлор, диоксин.

33. По характеру токсического воздействия аммиак относится к группе веществ:

- а) преимущественно удушающего действия;
- б) преимущественно общееядовитого действия;
- в) нейтропных ядов;
- г) обладающих удушающим и нейтропным действиями;
- д) метаболических ядов.

34. Диоксин по характеру токсического воздействия относится к группе веществ:

- а) метаболических ядов;
- б) нейтропных ядов;
- в) удушающего действия;
- г) не является АХОВ.

35. Удушающим и общееядовитым действием обладают:

- а) акрилонитрил, окислы азота;
- б) синильная кислота, окислы азота;
- в) акрилонитрил, синильная кислота;
- г) хлор, окислы азота;
- д) аммиак, диоксин.

36. Нейтропными ядами являются:

- а) фосфорорганические соединения (ФОС), сероуглерод;
- б) ФОС, диоксин;
- в) сероуглерод, диоксин;
- г) диоксин, углерод;
- д) ФОС, аммиак.

		<p>37. Очаг поражения нестойкими быстродействующими АХОВ образуется при заражении:</p> <ul style="list-style-type: none">а) синильной кислотой, акрилонитрилом, аммиаком, окисью углерода;б) синильной кислотой, фосгеном, аммиаком, акрилонитрилом;в) не образуется;г) фосгеном, диоксином, фурфуролом, серной кислотой;д) аммиаком, диоксином, окислами азота, метилизоцианатом. <p>38. Очаг поражения нестойкими быстродействующими АХОВ образуется при заражении:</p> <ul style="list-style-type: none">а) фосгеном, хлорпикрином, азотной кислотой;б) фосгеном, синильной кислотой, азотной кислотой;в) акрилонитрилом, аммиаком, синильной кислотой;г) окисью углерода, амилнитритом, синильной кислотой;д) не образуется. <p>39. Физическая нагрузка провоцирует развитие тяжелой интоксикации (эвакуация только лежа) при поражении веществами:</p> <ul style="list-style-type: none">а) удушающего действия;б) общедовитого действия;в) нейтропными ядами;г) метаболическими ядами;д) прижигающего действия. <p>40. При ликвидации аварий на химически опасных объектах, когда концентрация аммиака неизвестна, работы должны проводиться с использованием:</p> <ul style="list-style-type: none">а) противогаза;б) респиратора;в) изолирующего противогаза. <p>41. Внешнюю границу зоны заражения АХОВ определяет:</p> <ul style="list-style-type: none">а) среднесмертельная концентрация;б) пороговая ингаляционная токсидоза;в) смертельная концентрация;г) предельно-допустимая концентрация. <p>42. При аварийном выбросе сжатого газа аммиака количественное содержание его определяется:</p> <ul style="list-style-type: none">а) по первичному облаку;б) по вторичному облаку;в) по первичному и вторичному облаку. <p>43. Зона заражения при химической аварии наносится на карту с масштабом 1 : 250000: это значит, что 1 см на карте соответствует на местности:</p> <ul style="list-style-type: none">а) 2,5 км;б) 250 км;в) 25 км;г) 0,4 км.
--	--	--

44. При заблаговременном прогнозировании масштабов заражения на случай аварии в расчет берется состояние атмосферы:

- а) конвекция;
- б) изотермия; 3. инверсия

45. Пути поступления АХОВ в организм:

- а) ингаляционный;
- б) перкутарный;
- в) пероральный;
- г) Через незащищенные кожные покровы.

46. Необходимая информация для прогнозирования медико-санитарных последствий при химических авариях:

- а) определение глубин и площадей возможного загрязнения;
- б) определение концентраций АХОВ с учетом динамики их изменения в зависимости от времени;
- в) сведения о токсической дозе;
- г) степень защищенности населения;
- д) характеристика агрегатного состояния вещества;
- е) наличие факторов поражения (первичное и вторичное облако);
- ж) плотность населения.

47. Наиболее вероятный путь поступления АХОВ в организм при аварийном выбросе значительного количества малолетучего химического вещества (жидкость с температурой кипения выше температуры окружающей среды):

- а) ингаляционный;
- б) кожно-резорбтивный;
- в) пероральный.

48. Исходные данные для прогнозирования масштабов заражения АХОВ:

- а) общее количество АХОВ на объекте;
- б) размещение запасов АХОВ;
- в) количество АХОВ попавшее в окружающую среду;
- г) характер разлива (свободно, в "поддон" или "обваловку");
- д) высота поддона или обваловки емкостей;
- е) степень вертикальной устойчивости атмосферы;
- ж) скорость ветра на высоте 10 м

49. Радиоактивность это:

- а) воздействие, вызывающее изменение структуры вещества;
- б) самопроизвольное превращение ядер атомов с испусканием ионизирующего излучения;
- в) самопроизвольное превращение молекул с испусканием гамма излучения.

		<p>50. Ионизирующее излучение это:</p> <ul style="list-style-type: none">а) излучение, взаимодействие которого со средой приводит к радиоактивности;б) излучение, взаимодействие которого с веществом приводит к изменению агрегатного состояния;в) излучение, взаимодействие которого со средой приводит к образованию ионов разного знака. <p>51. При равномерном облучении в дозе от 1 до 10 грей развиваются формы лучевой болезни:</p> <ul style="list-style-type: none">а) кишечнаяб) костно-мозговаяв) токсемическая (сосудистая)г) церебральная <p>52. Выраженность первичной реакции при радиационном облучении зависит от:</p> <ul style="list-style-type: none">а) дозыб) мощности дозыв) вида излучения <p>53. Ведущие радиационные синдромы острой лучевой болезни:</p> <ul style="list-style-type: none">а) костно-мозговаяб) желудочно-кишечнаяв) церебральнаяг) геморрагическаяд) инфекционная <p>54. Биологический эффект на эффект от ионизирующего излучения зависит от:</p> <ul style="list-style-type: none">а) дозы облученияб) типа излученияв) величины поглощенной энергииг) времени воздействияд) размера облучаемой поверхности индивидуальной чувствительности <p>55. Способ дезактивации раны (ожога) загрязненной радиационными веществами:</p> <ul style="list-style-type: none">а) обильное промывание водойб) растворы антисептиковв) растворы адсорбентовг) растворы комплексоновд) создание венозной гиперемии <p>56. Укажите наиболее радиочувствительные ткани организма:</p> <ul style="list-style-type: none">а) лимфоиднаяб) миелоиднаяв) кишечный эпителийг) мышечнаяд) нервная
--	--	---

		<p>57. Для дезактивации кожных покровов при радиоактивном заражении применяются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) бензин б) этиловый спирт в) хозяйственное мыло г) дезактивирующий раствор ОП-7 д) густые суспензии моющих средств е) 3% раствор соляной кислоты <p>58. Средства профилактики радиационных поражений при внутреннем заражении:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) адсорбенты б) йод в) ферроцин г) лимонная кислота д) препараты женьшеня е) цистамин
ОПК-7		<p>59. Основной механизм токсического действия ФОВ.</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Блокирование цитохромоксидазы. б) Угнетение ацетилхолинэстеразы. в) Холинолитическое действие. г) Активация перекисного окисления липидов. д) Алкилирование нуклеиновых кислот. <p>60. Основные лечебные антидоты ФОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Холиномиметики б) Холинолитики в) Реактиваторы холинэстеразы г) Антигистаминные <p>61. Кто дает указание на использование профилактического антидота из АИ.</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Командир формирования б) Медицинская сестра в) Врач г) Окружающие лица д) Самостоятельно. <p>62. Для защиты от ФОВ могут использоваться следующие медицинские средства индивидуальной защиты</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Противогаз б) ОЗК в) АИ г) ИПП-8,10 д) ППИ-53. <p>63. Табельные врачебные антидоты ФОВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Унитиол б) Антициан

	<p>в) Дипироксим г) Атропин д) Аминостигмин.</p> <p>64. Перечислите показания для применения антидотов само-взаимопомощи на поле боя при поражении ФОВ:</p> <p>а) Нарушение зрения вдаль б) Нарушение дыхания в) Появление миофибриляции и судорог г) Все перечисленное.</p> <p>65. Пути поступления ФОВ в организм:</p> <p>а) Ингаляционный б) Перкутанный в) Пероральный г) Все перечисленное</p> <p>66. Латентный период при поражении зарином составляет:</p> <p>а) Менее 1 ч б) 2 ч в) 6 ч г) 10 часов</p> <p>67. Наиболее быстро симптомы поражения ФОВ развиваются при следующих путях проникновения:</p> <p>а) Ингаляционном б) Перкутанном в) Через раневые поверхности г) Пероральном д) Через слизистые глаз</p> <p>68. Частичная санитарная обработка при попадании ФОВ на кожу должна проводиться</p> <p>а) По приказу командира б) По выходу из очага поражения в) В первые минуты после заражения</p> <p>69. Стойкость очагов поражения зарином при $t = 20$ градусов С и средних метеоусловиях составляет</p> <p>а) 1 час б) 4-6 час в) 1 сутки г) 5 суток д) 2 недели</p> <p>70. Стойкость очага поражения VX при $t = 20$ градусов С составляет</p> <p>а) 1 ч б) 4-6 ч в) 1 сутки</p>
--	---

- г) 5 суток
- д) 2 недели

71. Специальная обработка прибывших из очага поражением ФОВ:

- а) Не проводится
- б) Проведение может быть отсрочено
- в) Проводится в обязательном порядке

72. Для защиты от ФОВ необходимо использовать

- а) Противогаз
- б) Средства защиты кожи
- в) Профилактический антидот
- г) Все перечисленное

73. Медико-тактическая характеристика очага ОВ и СДЯВ удушающего действия:

- а) Очаг: стойкий, ОВ смертельного действия, быстрого действия
- б) Очаг: нестойкий, ОВ смертельного и медленного действия
- в) Очаг: нестойкий, ОВ несмертельного и быстрого действия
- г) Очаг: стойкий, ОВ несмертельного, медленного действия

74. Особенности этапного лечения пораженных ОВ и СДЯВ удушающего действия:

- а) При подозрении на поражение - обсервация 1 сутки, эвакуация

только в скрытом периоде, все пораженные - носилочные, хирургическое вмешательство сокращает скрытый период.

б) Существенные особенности отсутствуют.

- в) Пораженные являются нетранспортабельными вне зависимости

от периода отека легких.

- г) Умеренные дыхательные упражнения способствуют удлинению скрытого периода, в течение которого можно транспортировать пораженного.

75. Какие из перечисленных препаратов и процедур являются наиболее эффективными в лечении токсического отека легких:

- а) Глюкокортикоиды в высоких дозах.

- б) Внутривенное введение 20% раствора альбумина с целью повышения осмотического давления в малом круге кровообращения.

- в) Длительная ингаляция 100% увлажненного кислорода.

- г) Кровопускание по 200-300 мл с целью "разгрузки" малого круга кровообращения.

76. Какие сильнодействующие ядовитые вещества представляют наибольшую опасность при авариях (разрушениях) промышленных объектов

- а) Хлор, аммиак, оксиды азота и азотная кислота.
- б) Продукты горения, фосген, окись углерода.
- в) Метилизоцианат, синильная кислота.
- г) Летучие продукты с низкой температурой кипения.
- д) Серная кислота, ТЭС, нефтепродукты.

77. Проводится ли дегазация кожи, обмундирования пораженным, при-
бывающим из очага поражения фосгеном.

- а) Дегазация кожи не проводится, дегазацию обмундирования надо проводить.
- б) Дегазация проводится также, как и у пораженных другими ОВ смертельного действия.
- в) Дегазация не проводится.
- г) Вопрос о дегазации решается в зависимости от обстановки.
- д) Кожные покровы дегазируются жидкостью ИПП, обмундирование не дегазируется.

78. Основная форма патологии вызываемая ОВ и СДЯВ удушающего действия

- а) Судороги
- б) Кома
- в) Отек легких
- г) Сердечная недостаточность

79. Стойкость очага химического поражения фосгеном при благоприятных метеоусловиях составляет:

- а) 10 мин
- б) 1 ч
- в) 1 сутки
- г) более одних суток

80. Путем проникновения в организм ОВ удушающего действия является:

- а) Пероральный
- б) Ингаляционный
- в) Перкутанный
- г) Все перечисленные

81. Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат:

- а) тяжелые больные и больные с высококонтагиозными инфекциями, имеющие поражения органов дыхания;
- б) больные средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения;
- в) тяжелые больные с признаками поражения нервной системы.

82. Основные противоэпидемические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации:

- а) организация эпидемиологического наблюдения;

- б) выявление в местах сбора эвакуируемого населения инфекционных больных и подозрительных на инфекционные заболевания;
- в) проведение экстренной и специфической профилактики;
- г) оборудование изоляторов на путях эвакуации;
- д) контроль за организацией банно-прачечного обслуживания;
- е) борьба с насекомыми и грызунами в местах размещения эвакуируемых;
- ж) контроль за проведением санитарной обработки населения.

83. Основные задачи госсанэпидслужбы в ликвидации чрезвычайных ситуаций:

- а) принятие решений, обязательных для исполнения органами исполнительной власти, учреждениями, должностными лицами;
- б) контроль за проведением специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний;
- в) обеспечение постоянной готовности системы управления, сил и средств ЧС;
- г) обеспечение контроля за готовностью лабораторной базы;
- д) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий.

84. Основные мероприятия проводимые службой Госсанэпиднадзора при чрезвычайных ситуациях (ЧС):

- а) надзор за санитарно-эпидемической обстановкой в зоне ЧС;
- б) подготовка формирований в зоне ЧС;
- в) взаимодействие с ведомственными медико-санитарными службами;
- г) организует работу сети наблюдения и лабораторного контроля;
- д) участие в осуществлении государственной экспертизы в области защиты населения и территорий в условиях ЧС.

85. Гигиеническая диагностика при радиационных авариях включает:

- а) обеспечение населения средствами индивидуальной защиты;
- б) оценку для внешнего и внутреннего облучения населения и персонала;
- в) определение уровней радиационного загрязнения территории;
- г) проведение дезактивационных мероприятий.

86. Гигиеническая диагностика при эпидемиях включает:

- а) определение наличия инфекционных больных, условий изоляции и лечения заболевших;
- б) проведение неспецифической профилактики;
- в) контроль за уровнем микробного загрязнения окружающей

		<p>среды; г) проведение специфической профилактики.</p> <p>87. Надзор за сан.-эпид. обстановкой в зоне ЧС включает следующие мероприятия: а) выдвижение оперативных групп в район ЧС; б) прогнозирование социально-экономических последствий ЧС; в) оценка сан.-эпид. обстановки; г) осуществление контроля за состоянием окружающей среды в зоне ЧС.</p> <p>88. Гигиеническая диагностика в зоне стихийного бедствия предусматривает: а) получение сведений о масштабах бедствия, степени разрушения производственных и жилых зданий, коммуникаций, появлении участков загрязненной территории; б) получение данных о радиационной и химической обстановке на производственных и иных объектах; в) обучение населения поведению в условиях ЧС; г) получение результатов лабораторных исследований отобранных проб из окружающей среды.</p> <p>89. Основными задачами ЦГСН в режиме ЧС являются: а) организация работ по проведению сан. гиг. мероприятий в зоне ЧС; б) организация и осуществление оперативного контроля в зоне ЧС; в) подготовка специалистов к действиям в условиях ЧС; г) проведение противоэпидемических мероприятий в зоне ЧС.</p> <p>90. В зоне землетрясения в первую очередь возникают следующие сан.гиг. последствия: а) одновременное разрушение водопроводов, коллекторов, появление большого числа погибших и пораженных; б) массивное микробное загрязнение местности; в) немедленное появление большого числа инфекционных больных; г) наличие погибших животных и людей и несвоевременное их захоронение.</p> <p>91. Мероприятия санэпиднадзора за полевым размещением спасателей включают: а) дегазация и дезактивация территории; б) санитарную оценку района размещения; в) оценку возможностей ближайших мед. учреждений; г) проверку готовности систем водообеспечения, удаления отходов, полевых жилищ.</p> <p>92. Санитарно -эпидемиологический надзор в ЧС предусматривает : а) надзор за размещением в ЧС спасателей;</p>
--	--	--

- б) надзор за состоянием здоровья населения;
- в) надзор за оказанием лечебной помощи пострадавшим;
- г) надзор за качеством и безопасностью пищевой воды и продовольствия.

93. Санитарно -эпидемиологический надзор за водоснабжением зоне ЧС предусматривает:

- а) контроль за безопасностью подаваемой воды;
- б) распределение питьевых запасов;
- в) проверку санитарного состояния сооружений водопровода;
- г) допуск персонала к эксплуатации объектов водоснабжения.

94. Для оценки медико-санитарных последствий ЧС учреждения санэпиднадзора организуют

и проводят следующие виды разведок:

- а) биологическую;
- б) медицинскую;
- в) радиационную;
- г) сан.эпидемическую;
- д) химическую.

95. На базе ЦГСН формируются:

- а) санитарно-эпидемиологические бригады;
- б) бригады специализированной мед.помощи;
- в) санитарно-эпидемиологические бригады;
- г) санитарные дружины.

96. Основными задачами ЦГСН в в режиме повседневной деятельности являются:

- а) наблюдение, оценка и прогнозирование санитарно-эпидемической обстановки;
- б) организация и осуществление оперативного контроля в зоне ЧС;
- в) организация работы комиссии по ЧС и санитарно-эпидемических комиссий;
- г) подготовка специалистов к действиям в условиях ЧС.

97. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение при чрезвычайных ситуациях осуществляется:

- а) в зоне бедствия;
- б) в эпидемических очагах;
- в) на путях эвакуации;
- г) в местах размещения эвакуируемых.

98. В чрезвычайных ситуациях к особо опасным инфекциям относятся заболевания:

- а) чума (легочная форма);
- б) брюшной тиф;
- в) холера;
- г) сибирская язва;
- д) бруцеллез;
- е) мелиоидоз;
- ж) геморрагическая лихорадка.

		<p>99. Основные санитарно-гигиенические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) контроль за организацией питания, водоснабжения; б) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил снабжения питьевой водой, хранением пищевых продуктов; в) контроль за санитарным состоянием мест пребывания эвакуируемых; г) контроль за проведением санитарной обработки населения. <p>100. Задачи городских центров санэпиднадзора в сети наблюдения и лабораторного контроля (РСЧС):</p> <ul style="list-style-type: none"> а) проведение санитарно-эпидемической разведки в очагах массового поражения; б) установление возбудителей инфекционных заболеваний при ЧС в пробах, отобранных из объектов окружающей среды; в) осуществление идентификации выделенных штаммов микроорганизмов и токсинов; г) осуществление идентификации штаммов микроорганизмов бактериальной группы особо опасных инфекций. <p>101. Частичная санитарная обработка проводится:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в очаге катастрофы не позднее 6-12 час. после воздействия; б) эффективно специальными препаратами; в) кожи, глаз, зева; г) с помощью подручных средств; д) хлорной известью.
ОПК-7		<p>102. Основными способами защиты населения являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) оказание медицинской помощи; б) вывод из очага катастрофы; в) укрытие в защитных сооружениях; г) прием медикаментов и эвакуация; д) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение. <p>103. Основные задачи службы медицины катастроф:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) организация медико-санитарного противоэпидемического обеспечения населения; в) лечебная и гигиеническая; г) обеспечение готовности медицинских учреждений и формирований; д) поиск пораженных, сбор, оказание первой помощи и вынос из опасной зоны. <p>104. Силы территориальной службы медицины катастроф:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) бригады специализированной медицинской помощи; б) бригады скорой помощи, врачебные и фельдшерские; в) медицинские отряды;

		<p>г) врачебно-сестринские бригады;</p> <p>105. Постоянно действующие органы управления Всероссийской службы медицины катастроф имеются на следующих уровнях:</p> <ul style="list-style-type: none">а) федеральном;б) региональном;в) территориальном;г) местном. <p>106. Требования, предъявляемые к медицинской помощи в ЧС:</p> <ul style="list-style-type: none">а) быстрота и достаточность;б) преемственность и последовательность проводимых лечебно-профилактических мероприятий, своевременность их выполнения;в) доступность, возможность оказания медицинской помощи на этапах эвакуации;г) проведение сортировки, изоляции и эвакуации; <p>107. Виды медицинской помощи, предусмотренные на догоспитальном этапе при крупномасштабной катастрофе:</p> <ul style="list-style-type: none">а) любая, которую можно использовать;б) первая медицинскаяв) первая врачебная и квалифицированная;г) первая медицинская и доврачебная; <p>108. Основные мероприятия первой медицинской (доврачебной) помощи, проводимые пораженным при ликвидации последствий катастроф с механическими и термическими повреждениями:</p> <ul style="list-style-type: none">а) дезинфекция, обезболивание;б) временная остановка наружного кровотечения, наложение асептических повязок, иммобилизация конечностей, введение сердечно-сосудистых, противосудорожных, обезболивающих и др. средств, применение средств из АИ-2, проведение простейших реанимационных мероприятий;в) введение обезболивающих, госпитализация нетранспортабельных, госпитализация нетранспортабельных;г) прямой массаж сердца, дача сердечно-сосудистых и психотропных средств, проведение ослостных операций, спасение тяжелопораженных; <p>109. Этап медицинской эвакуации определяется как:</p> <ul style="list-style-type: none">а) силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации пораженных для приема, проведения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи в определенном объеме, лечения и, при необходимости, подготовки к дальнейшей эвакуации;б) система организации оказания помощи;в) догоспитальный, госпитальный,г) место оказания помощи пострадавшим, их лечение и реабилитация,д) особенный вид помощи.
--	--	--

	<p>110. Медицинской сортировкой называется:</p> <ul style="list-style-type: none">а) метод распределения пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях;б) разделение потока пострадавших;в) разделение пострадавших по очередности их эвакуации;г) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения; <p>111. Основное назначение медицинской сортировки заключается:</p> <ul style="list-style-type: none">а) в обеспечении пострадавших своевременной медицинской помощью и рациональной эвакуацией;б) оказание медицинской помощи в максимальном объеме;в) в определении очередности оказания медицинской помощи;г) в регулировании движения автотранспорта; <p>112. Организационно-методическим методом, позволяющим своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является:</p> <ul style="list-style-type: none">а) быстрое выведение из очага катастрофы;б) четко организованная медицинская эвакуация;в) прогнозирование исхода поражения;г) медицинская сортировка; <p>113. При медицинской сортировке лучевых пораженных необходимо решать следующие задачи:</p> <ul style="list-style-type: none">а) разделить пострадавших по степени тяжести для решения вопроса об очередности эвакуации;б) выделить группы пострадавших с наиболее легкими поражениями;в) выявить группы лиц, требующих медицинской помощи в ближайшее время,г) определить сроки, объем помощи;д) установить время госпитализации. <p>114. Коллективные средства защиты включают:</p> <ul style="list-style-type: none">а) больницы, станции переливания крови;б) формирования ГО;в) противогазы;г) убежища, укрытия (противорадиационные, простейшие);д) центры медицины катастроф. <p>115. Условия эффективности оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе:</p> <ul style="list-style-type: none">а) фактор времени;б) обучение спасателей, населения комплексу лечебных мероприятий объединенных понятием "первая медицинская помощь";в) устранение явлений угрожающих жизни пострадавшего (асфиксия и др.);
--	---

	<p>116. Основные неотложные мероприятия первой врачебной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none">а) устранение асфиксии;б) остановка наружного кровотечения;в) остановка внутреннего кровотечения;г) проведение противошоковых мероприятий;д) транспортная ампутация конечностей;е) капиллярная пункция мочевого пузыря;ж) проведение мероприятий направленных на устранение десорбции химических веществ с одежды;з) введение антидотов;и) промывание раны загрязненной радионуклидами комплексонами. <p>117. Основные сортировочные признаки:</p> <ul style="list-style-type: none">а) опасность для окружающих;б) лечебный;в) эвакуационный;г) нуждаемость в специальной, частичной санитарной обработке. <p>118. Суммарную оценку шокогенности травмы определяют на основании данных:</p> <ul style="list-style-type: none">а) частоты дыхания;б) дыхательных движений грудной клетки;в) величины систолического давления;г) состояния микроциркуляции;д) уровня сознания. <p>119. Оптимальным сроком оказания первой мед. помощи при ЧС является</p> <ul style="list-style-type: none">а) 30 минутб) 1 часв) 2 часаг) 6 часов <p>120. Виды медицинской помощи, предусмотренные на догоспитальном этапе при катастрофах</p> <ul style="list-style-type: none">а) любая, которую можно использоватьб) квалифицированнаяв) первая медицинская, доврачебная, первая врачебнаяг) специализированная, квалифицированная <p>121. Метод работы, позволяющий своевременно оказать медицинскую помощь при массовом поступлении пораженных</p> <ul style="list-style-type: none">а) быстрое выведение из очага катастрофыб) оказание неотложной помощив) четко организованная эвакуацияг) медицинская сортировка <p>122. Виды медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации</p>
--	--

	<p>а) диагностическая б) прогностическая в) внутренняя г) эвакуационно-транспортная внутрипунктовая</p> <p>123. Коллективные средства защиты</p> <p>а) формирования гражданской обороны б) больницы в) фильтрующие противогазы г) убежища и укрытия</p> <p>124. Основные способы защиты населения при ЧС</p> <p>а) укрытие в защитных сооружениях, использование индивидуальных средств защиты, эвакуация б) обучение изготовлению ватно-марлевых повязок, раздача противогазов в) оказание медицинской помощи и госпитализация г) эвакуация, отселение и рассредоточение</p> <p>125. Эвакуация населения при ЧС осуществляется по</p> <p>а) гемодинамическим показателям б) эвакуационно-сортировочным признакам в) возрастным показателям г) наличием транспортных средств</p> <p>126. Этап медицинской эвакуации - это</p> <p>а) путь от места ранения до ближайшей больницы б) все ЛПУ, расположенные рядом с очагом ЧС в) путь между лечебными учреждениями г) лечебные учреждения, развернутые и работающие на путях эвакуации</p> <p>127. Пространство, охваченное пожаром, условно разделяют на зоны:</p> <p>а) активного горения; б) пассивного горения; в) теплового воздействия; г) задымления; д) токсического воздействия.</p> <p>128. В зоне задымления основное поражающее действие связано:</p> <p>а) с воздействием активного кислорода; б) с воздействием углекислого газа; в) с воздействием продуктов горения; г) с воздействием угарного газа.</p> <p>129. При пожарах возможны следующие виды повреждений:</p> <p>а) термические ожоги; б) химические ожоги; в) отравление токсическими продуктами; г) механическая травма.</p> <p>130. При классифицировании пожаров выделяют:</p>
--	---

- а) сплошные пожары;
- б) массовые пожары;
- в) единичные пожары;
- г) лесные пожары;
- д) городские пожары.

131. При пожарах возможны следующие комбинированные поражения:

- а) ожоги + отравление продуктами горения;
- б) ожоги + механическая травма в результате разрушений;
- в) ожоги + отравление ядовитыми веществами в результате их утечки и пр;
- г) любая комбинация вышеуказанных повреждающих воздействий.

132. Концентрация оксида углерода в воздухе до 0,2% вызывает смертельные отравления людей при пребывании их в зоне в течение:

- а) 30-60 минут;
- б) 60-90 минут;
- в) 12 часов;
- г) 24-36 часов.

133. Основные поражающие факторы пожаров:

- а) тепловое излучение пожаров,
- б) психологическое воздействие,
- в) действия ядовитых веществ, образующихся в результате горения;
- г) обрушение железобетонных конструкций;
- д) все ответы правильные.

134. Причины, определяющие число санитарных потерь при пожарах:

- а) масштабы пожара;
- б) характер и плотность застройки в населенных пунктах;
- в) огнестойкость зданий и сооружений;
- г) метеорологические условия (скорость ветра, осадки и др.);
- д) время суток и плотность населения в зоне действия поражающих факторов.
- е) правильно А и Г;
- ж) все ответы правильные.

135. Руководителем организации оказания помощи пострадавшим при пожаре в первые часы является:

- а) главный врач службы скорой помощи муниципального образования;
- б) Руководитель регионального подразделения МЧС;
- в) Врач бригады скорой помощи, первой прибывшей на место ЧС.

136. Эвакуация на большие расстояния в различные стационарные лечебные учреждения значительной части пораженных характерна:

- а) для землетрясений;
- б) для пожаров;
- в) для различных ЧС, сопровождающихся большим количеством

		<p>пораженных, нуждающихся в специализированной медицинской помощи.</p> <p>137. Нахождение большого количества пострадавших под завалами при землетрясениях приводит:</p> <ul style="list-style-type: none">а) приводит к некоторому рассредоточению потока пораженных и уменьшению потребности в медицинских силах и средствах;б) не требует перемещения доступных медицинских ресурсов в зону ЧС, а делает необходимым усиление транспортных потоков из очага землетрясения;в) определяет большую срочность в оказании медицинской помощи после извлечения пораженных из-под завалов. <p>138. Величина потерь всего медицинского имущества при землетрясении в 8 баллов составит:</p> <ul style="list-style-type: none">а) 60-70 %;б) 30-40%;в) 50-60%;г) 20-30% . <p>139. Величина потерь всего медицинского имущества при землетрясении в 7 баллов составит:</p> <ul style="list-style-type: none">а) 60-70 %;б) 30-40%;в) 50-60%;г) 20-30% . <p>140. Отсутствие возможности оказать нуждающимся пораженным первую врачебную, квалифицированную, специализированную медицинскую помощь за счет уцелевших медицинских учреждений выявляет необходимость:</p> <ul style="list-style-type: none">а) выдвижения и развертывания в зоне землетрясения или вблизи него многочисленных медицинских формирований СМК различного состава, укомплектованности и оснащения;б) эвакуации на большие расстояния в различные стационарные лечебные учреждения значительной части пораженных;в) повышения значения транспортировки авиационным транспортом, поскольку движение по автомобильным дорогам часто становится невозможным или недоступным для машин скорой помощи;г) привлечения для ликвидации медицинских последствий землетрясения сил и средств, имеющих различную подчиненность и прибывающих в зону ЧС в разные сроки;д) Правильно все кроме А;е) Все ответы правильные. <p>141. Определяющими моментами при ликвидации медико-санитарных последствий наводнения являются:</p> <ul style="list-style-type: none">а) масштаб территории затопления;б) глубина затопления;в) количество пострадавшего населения, оказавшегося без крова;г) количество затопленных продуктов питания и источников
--	--	--

	<p>питьевой воды; д) метеорологические факторы (температура воды, ветер, наличие осадков);</p> <p>142. В структуре санитарных потерь при наводнениях в первые сутки преобладают пострадавшие:</p> <p>а) с явлениями асфиксии; б) травмами мягких тканей, сотрясениями головного мозга; в) переохлаждением, с острыми нарушениями дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности; г) с инфекционными заболеваниями.</p>
--	--

Ключ к тестовым заданиям МЧС

1.б; 2.в; 3.б, г; 4.б; 5.а, б; 6.а, б, г; 7.б; 8.в; 9.а; 10.б; 11.а; 12.в; 13.б; 14.а, б; 15.в, г; 16.б; 17.б; 18.а; 19.а,б, г; 20.а; 21.в; 22.б; 23.а; 24.б; 25.б; 26.в; 27.г; 28.б; 29.в; 30.в; 31.г; 32.а; 33.б; 34.б; 35.в; 36.а, в; 37.а; 38.в; 39.б; 40.б; 41.в; 42.в; 43.в; 44.а,б,в; 45.в; 46.а; 47.в; 48.а; 49.б; 50.в; 51.а,г; 52.б,в; 53.а,г; 54.б,в; 55.б,в,г; 56.а,б; 57.а,б,в; 58.а; 59. а,б,г; 60.а; 61.б; 62.в; 63.в; 64.б; 65.г; 66.а; 67.г; 68.а; 69.а; 70.в; 71.г; 72.б; 73.в; 74.в; 75.в; 76.б; 77.а,б,г; 78.б; 79.г; 80.б; 81.а,г; 82.а,в; 83.а,в; 84.в; 85.б,г; 86.а; 87.а; 88.б; 89.б; 90.а,б; 91.а; 92.а; 93.г; 94.а,в; 95.б,в,г; 96.а,в,г; 97.а,б,г; 98.г; 99.б,г; 100.б,в,г; 101.в; 102.в; 103.г; 104.б; 105.б; 106.а; 107.б,в; 108.а; 109.в; 110.в; 111.б,в,г; 112.б,в,г; 113.а,в; 114.г; 115.в; 116.а,в,г; 117.б,г; 118.а; 119.а,в; 120.г; 121.б,в; 122.б,в; 123.в,г; 124.в; 125.г; 126.б; 127.а,б,в; 128.в; 129.а,в,г; 130.а,в; 131.г; 132.а; 133.д; 134.ж; 135.в; 136.в; 137.а; 138.в; 139.б; 140.е; 141.а,д; 142.в.

ПАТОЛОГИЯ

Индекс компетенции	№ задания / Тест (тестовое задание)
Общепатоморфологические процессы	
ОПК-4	<p>1. Стаз - это:</p> <p>а) Замедление оттока крови б) Уменьшение оттока крови в) Остановка кровотока в капиллярах (+) г) Свертывание крови д) Гемолиз эритроцитов</p> <p>2. При хроническом венозном полнокровии органы:</p> <p>а) Уменьшены в размерах б) Имеют дряблую консистенцию в) Имеют плотную консистенцию (+) г) Глинистого вида д) Ослизнены</p>

3. При хроническом венозном полнокровии в легких возникает:
 - а) Мутное набухание
 - б) Липофусциноз
 - в) Бурая индурация (+)
 - г) Мукоидное набухание
 - д) Фибриноидное набухание
4. Общее венозное полнокровие развивается при:
 - а) Сдавлении верхней полой вены
 - б) Тромбозе воротной вены
 - в) Сдавлении опухолью почечной вены
 - г) Пороке сердца (+)
 - д) Тромбозе подкожных вен
5. Тромб характеризуется:
 - а) Гладкой поверхностью
 - б) Эластичной консистенцией
 - в) Отсутствием фибрина
 - г) Верно А и Б (+)
6. Для флеботромбоза характерно:
 - а) Отсутствие воспаления стенки сосуда (+)
 - б) Воспаление стенки сосуда
 - в) Септическое воспаление стенки сосуда
 - г) Связь со стенкой сосуда
 - д) Отсутствие связи со стенкой сосуда
7. Образное название печени при хроническом венозном полнокровии:
 - а) Сальная
 - б) Саговая
 - в) Бурая
 - г) Мускатная (+)
 - д) Глазурная
8. Артериальное полнокровие может быть:
 - а) Коллатеральное
 - б) Воспалительное
 - в) Нейрогуморальное
 - г) Верно А и В
 - д) Верно А и Б (+)
9. При декомпенсации "правого сердца" возникает:
 - а) Бурая индурация легких
 - б) Мускатная печень
 - в) Цианотическая индурация почек
 - г) Верно А и Б
 - д) Верно Б и В (+)
10. Признаки хронической сердечно-сосудистой недостаточности:
 - а) Распространенные отеки (+)
 - б) Микседема
 - в) Ишемические инфаркты почек
 - г) Васкулиты
 - д) Лимфаденопатия
11. Признаками шока могут являться:
 - а) Образование микротромбов в паренхиматозных органах
 - б) Запустевание крупных сосудов
 - в) Полнокровие крупных сосудов
 - г) Верно А и Б (+)

	<p>д) Верно А и В</p> <p>12. Понятию диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови равнозначны:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Коагулопатия потребленияб) Тромбогеморрагический синдромв) Гипер-гипокоагуляционный синдромг) Псе перечисленные (+)д) Ничего из перечисленного <p>13. Жировую эмболию можно диагностировать в основном:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Макроскопическиб) Микроскопически (+)в) Эндоскопическиг) . Визуальнод) Все указанное не верно <p>14. Неспаянные со стенкой легочного ствола плотные кровяные массы красного и серовато-красного цвета в виде тонких жгутов:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Тромбы (+)б) Тромбоэмболыв) Свертки кровиг) Метастазыд) Опухоль <p>15. Возможным источником тромбоэмболии легочной артерии могут явиться тромбы:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Вен клетчатки малого тазаб) Портальной веныв) Нижней полой веныг) . Верно А и Бд) Верно А и В (+) <p>16. Тромбы в зависимости от их состава подразделяют на:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Красныеб) Белыев) Желтыег) Правильный ответ А, Б (+)д) Правильный ответ Б, В <p>17. Исходы тромбов:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Организацияб) Секвестрацияв) Канализацияг) Верно А, Бд) Верно А, В (+) <p>18. В зависимости от отношения к просвету сосуда тромбы подразделяются на:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Эндоваскулярныеб) Обтурирующиев) Пристеночныег) Верно Б, В (+)д) Верно А, В <p>19. Белый тромб состоит из:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Лейкоцитовб) Фибринав) Эритроцитовг) Верно А, В
--	---

	<p>д) Верно А, Б (+)</p> <p>20. Казеозный некроз встречается при:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Дистрофии б) Газовой гангрене в) Инфарктах мозга г) Инфарктах миокарда д) Туберкулезе (+) <p>21. Приспособлением (адаптацией) называется:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Реакции, направленные на восстановление нарушений структуры и функции б) Процесс жизнедеятельности, направленный на сохранение вида в) Восстановление ткани взамен утраченной г) Переход одного вида ткани в другой д) все перечисленное (+) <p>22. Механизм гиперплазии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличение количества клеток (+) б) Разрастание соединительной ткани в) Разрастание жировой ткани г) Уменьшение размеров органа д) Уменьшение числа органелл клеток <p>23. Викарная гипертрофия наблюдается в органах:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Желудке б) Головном мозге в) Почке (+) г) Селезенке д) Поджелудочной железе <p>24. К организации относится:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Образование ран б) Прозоплазия в) Замещение участка некроза соединительной тканью (+) г) Гистологическая аккомодация д) Воспалительная инфильтрация <p>25. Пигмент, который накапливается при алиментарном истощении:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Гемомеланин б) Солянокислый гематин в) Липофусцин (+) г) Билирубин д) Аденохром <p>26. Наиболее ярким примером компенсаторной гипертрофии является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Гипертрофия сердца при пороках клапанов (+) б) Гипертрофия беременной матки в) Гипертрофия молочных желёз при лактации г) Гинекомастия д) Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия <p>27. Понятие метаплазии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Восстановление ткани взамен утраченной б) Переход одного вида ткани в другой (+) в) Увеличение массы органа г) Процессы жизнедеятельности, направленные на сохранение вида д) Индивидуальные реакции, направленные на восстановление нарушенной функции <p>28. Вид гипертрофии:</p>
--	--

- а) Церебральная
- б) От давления
- в) Викарная (+)
- г) Алиментарная
- д) Сенсорная

29. Полная регенерация – это:

- а) Переход одного вида ткани в другой
- б) Увеличение объема клеток, тканей, органов
- в) Уменьшение объема клеток, тканей, органов
- г) Восстановление структурных элементов ткани взамен погибших (+)
- д) Замещение соединительной тканью

30. Основной компонент созревающей грануляционной ткани:

- а) Фибробласты
- б) Лейкоциты
- в) Коллагеновые волокна
- г) Верно 1,2
- д) Верно 1,3(+)

31. Мукоидное набухание соединительной ткани является состоянием:

- а) Обратимым (+)
- б) Необратимым
- в) Транзиторным
- г) Все перечисленное верно
- д) После отека

32. Амилоидозом может осложняться:

- а) Гипертоническая болезнь
- б) Атеросклероз
- в) Цирроз печени
- г) Хронический абсцесс легких (+)
- д) Ишемические болезни сердца

33. Механизмы морфогенеза дистрофий:

- а) Пиноцитоз
- б) инфильтрация
- в) трансформация
- г) некробиоз
- д) верно б, в (+)

34. Виды паренхиматозных диспротеинозов:

- а) гидропическая дистрофия (+)
- б) мукоидное набухание
- в) фибриноидное набухание
- г) гиалиноз
- д) амилоидоз

35. Виды патологического ороговения:

- а) липидоз
- б) кальциноз
- в) ихтиоз (+)
- г) миомаляция
- д) инкапсуляция

36. Паренхиматозные дистрофии чаще развиваются в :

- а) желудке
- б) печени (+)
- в) головном мозге
- г) коже

	<p>д) матке</p> <p>37. Причины жировой дистрофии:</p> <ul style="list-style-type: none">а) авитаминозыб) тканевая гипоксия (+)в) опухолиг) нарушение обмена билирубинад) аллергия <p>38. Виды сосудисто-стромальных диспротеинозов:</p> <ul style="list-style-type: none">а) мукоидное набухание (+)б) кальцинозв) гидropическая дистрофияг) гиалиново-капельная дистрофияд) гемосидероз <p>39. Макроскопически для амилоидоза характерны:</p> <ul style="list-style-type: none">а) мягкая консистенцияб) плотная консистенция (+)в) пестрый видг) бугристая поверхностьд) очаги кровоизлияний <p>40. Гемоглобиногенные пигменты, встречающиеся в норме:</p> <ul style="list-style-type: none">а) адренохромб) гематоидинв) гемосидерин (+)г) порфиринд) гематин <p>41. Гипермеланоз чаще встречается при:</p> <ul style="list-style-type: none">а) лентигоб) невусев) Аддисоновой болезниг) Пигментных пятнахд) Верно все (+) <p>42. Наиболее частые причины развития общего гемосидероза:</p> <ul style="list-style-type: none">а) аденома надпочечниковб) переломы костейв) гемобластозы (+)г) кальцинозыд) авитаминозы <p>43. Макроскопическая характеристика органов при липофусцинозе:</p> <ul style="list-style-type: none">а) размеры органа увеличеныб) консистенция органа плотнаяв) цвет ткани органа белыйг) цвет ткани органа бурый (+)д) поверхность органа бугристая <p>44. Причины гипокальциемии:</p> <ul style="list-style-type: none">а) недостаточное поступление кальция с пищей (+)б) аденома околощитовидных железв) остеопорозг) гипервитаминоз Дд) миеломная болезнь <p>45. Виды кальциноза:</p> <ul style="list-style-type: none">а) остеопорозб) метастатическое обызвествление (+)
--	---

в) гипокальциемия

г) авитаминоз Д

д) гемахроматоз

46. Патологические процессы, приводящие к метастатическому обызвествлению:

а) заживший очаг туберкулеза в легких

б) миеломная болезнь (+)

в) атерокальциноз аорты

г) петрификация

д) эхинококкоз

47. Морфогенетические стадии некроза:

а) апоптоз

б) паранекроз (+)

в) коагуляция

г) колликвация

д) гидропическая дистрофия

48. Виды некроза в зависимости от этиологии:

а) инфаркт

б) аллергический (+)

в) коагуляционный

г) гангрена

д) колликвационный

49. Типичная локализация гангрены:

а) почки

б) кишечник (+)

в) сердце

г) мозг

д) печень

50. Примеры коагуляционного некроза:

а) творожистый некроз при туберкулезе (+)

б) гангрена кишечника

в) инфаркт головного мозга

г) секвестр

д) гангрена легкого

51. Клиновидная форма инфаркта характерна для органов со слаборазвитыми коллатеральями:

а) сердца

б) селезенки (+)

в) мозга

г) кишечника

д) печени

52. Неблагоприятные исходы некроза:

а) рубцевание

б) панкреанекроз (+)

в) инкапсуляция

г) петрификация

д) оссификация

53. Крупозное воспаление локализуется на:

а) Слизистых оболочках, покрытых призматическим эпителием (+)

б) Слизистых оболочках, покрытых многослойным плоским эпителием

в) Роговой оболочке глаза

	<p>г) Коже д) Слизистых оболочках, покрытых переходным эпителием</p> <p>54. К продуктивному воспалению относят: а) Дифтеритическое б) Крупозное в) Грануломатозное (+) г) Катаральное д) Серозное</p> <p>55. Гранулема - это: а) Скопление нейтрофильных лейкоцитов б) Наличие слизи в экссудате в) Ограниченная продуктивная воспалительная реакция (+) г) Наличие фибринозной пленки д) Альтеративная реакция</p> <p>56. Гранулематозное воспаление может возникнуть при: а) Кори б) Брюшном тифе (+) в) Дизентерии г) Дифтерии д) Полиомиелите</p> <p>57. Клеточный атипизм в опухолях характеризуется: а) Отличием клеток по форме и размеру б) Гиперхроматозом ядер в) Увеличением ядерно-цитоплазматического отношения г) Все перечисленное верно (+) д) Верно Б и В</p> <p>58. Злокачественные опухоли характеризуются: а) Выраженной анаплазией клеток и нарушением структуры тканей б) Инфильтрирующим ростом в) Наличием метастазов и рецидивов после удаления опухоли г) Все перечисленное верно (+) д) Верно А и В</p> <p>59. При хроническом воспалительном процессе в цитограмме преобладающими являются следующие клеточные элементы: а) Нейтрофильные гранулоциты б) Эозинофильные гранулоциты в) Эритроциты г) Базофильные гранулоциты д) Лимфоциты, гистиоциты, макрофаги (+)</p> <p>60. Для изучения клеточного состава воспалительного процесса характерно обнаружение: а) Нейтрофильных гранулоцитов б) Эозинофильных гранулоцитов в) Макрофагов г) Лимфоцитов д) Всех перечисленных (+)</p> <p>61. Для изучения клеточного состава воспалительного инфильтрата мазки лучше окрашивать: а) Гематоксилин-эозином б) Метиленовой синькой в) По Папаниколау г) Азур-эозиновыми красителями</p>
--	--

	<p>д) всеми перечисленными (+)</p> <p>62. Гранулематозное воспаление является видом воспаления:</p> <p>а) Альтеративного</p> <p>б) Серозного</p> <p>в) Гнойного</p> <p>г) Катарального</p> <p>д) Продуктивного (+)</p> <p>63. Для злокачественных опухолей наиболее характерен:</p> <p>а) Экспансивный рост</p> <p>б) Медленный рост</p> <p>в) Инфильтративный рост (+)</p> <p>г) Ни один из перечисленных</p> <p>д) Все перечисленные характерны</p> <p>64. Для доброкачественных опухолей наиболее характерен</p> <p>а) Медленный рост</p> <p>б) Экспансивный рост</p> <p>в) Инфильтративный рост</p> <p>4 Ни один из перечисленных ответов</p> <p>5 Медленный экспансивный рост (+)</p> <p>65. Характерными признаками клеток злокачественных опухолей являются:</p> <p>а) Нарушение дифференцировки</p> <p>б) Полиморфизм</p> <p>в) Анизохромия</p> <p>г) Ни один из перечисленных признаков</p> <p>д) Все перечисленные признаки (+)</p> <p>66. Характерными признаками клеток злокачественных опухолей являются:</p> <p>а) Увеличение размеров клетки</p> <p>б) Увеличение размеров ядра</p> <p>в) Полиморфизм клеток</p> <p>г) Ни один из перечисленных признаков</p> <p>д) Все перечисленные признаки (+)</p> <p>67. Из перечисленных признаков для опухолевых клеток наиболее характерны:</p> <p>а) Дистрофия</p> <p>б) Нарушение дифференцировки (+)</p> <p>в) Вакуолизация</p> <p>г) Гиперхромия ядер и увеличение ядер</p> <p>д) Гиперхромия цитоплазмы</p> <p>68. Комплексы раковых клеток отличают следующие признаки:</p> <p>а) Многослойность клеточных структур</p> <p>б) Ослабление межклеточных связей</p> <p>в) Беспорядочное нагромождение клеток</p> <p>г) Клеточный и ядерный полиморфизм</p> <p>д) Все перечисленные признаки (+)</p> <p>69. К полиморфизму клеток следует отнести следующие морфологические признаки:</p> <p>а) Многообразие клеточных форм</p> <p>б) Разнообразие размеров клеток</p> <p>в) Различие степени созревания отдельных клеток</p> <p>г) Все перечисленные признаки (+)</p>
--	---

	<p>д) Ни один из перечисленных признаков</p> <p>70. Особенности гранулем, развивающихся вокруг инородных тел является:</p> <p>а) преобладание эозинофилов</p> <p>б) Преобладание только гигантских клеток Пирогова-Лангханса</p> <p>в) скопление макрофагов и гигантских клеток инородного тела с примесью плазматических и эозинофильных клеток (+)</p> <p>г) Эксудативно-тканевая реакция</p> <p>д) Преобладание полиморфноядерных лейкоцитов</p> <p>71. К гуморальным медиаторам воспаления относятся:</p> <p>а) Серотонин</p> <p>б) Гистамин</p> <p>в) Система комплемента (+)</p> <p>г) Фагоциты</p> <p>д) Простогландины</p> <p>72. Основные клетки в очаге гнойного экссудативного воспаления:</p> <p>а) полиморфноядерные лейкоциты (+)</p> <p>б) лимфоциты</p> <p>в) моноциты</p> <p>г) макрофаги</p> <p>д) гистиоциты</p> <p>73. Морфологическая сущность альтерации:</p> <p>а) размножение клеток</p> <p>б) фагоцитоз</p> <p>в) дистрофия и некроз (+)</p> <p>г) пиноцитоз.</p> <p>д) хемотаксис</p>
Патофизиология органов и систем	
ОПК-4	<p>74. Какие из перечисленных воспалительных процессов являются специфическими:</p> <p>а) Туберкулез</p> <p>б) Сифилис</p> <p>в) Лепра</p> <p>г) Склерома</p> <p>д) Все перечисленные (+)</p> <p>75. Для туберкулезного воспалительного процесса характерно обнаружение:</p> <p>а) Эпителиоидных клеток</p> <p>б) Лимфоцитов</p> <p>в) Некротического детрита</p> <p>г) Клеток Лангханса</p> <p>д) Все перечисленное (+)</p> <p>76. Макроскопически печень при жировой дистрофии:</p> <p>а) уменьшена в размерах</p> <p>б) дряблой консистенции (+)</p> <p>в) красного цвета</p> <p>г) плотной консистенции</p> <p>д) с бугристой поверхностью</p> <p>77. Туберкулезную гранулему характеризуют следующие признаки:</p> <p>а) Обилие сосудов</p> <p>б) Преобладание эпителиоидных клеток</p>

- в) Наличие казеозного некроза
- г) Верно А, В
- д) Верно Б, В (+)

78. Наиболее частая причина смерти больных вторичным амилоидозом:

- а) Инсульт
- б) Уремия (+)
- в) Анемия
- г) Инфаркт
- д) Все указанное не верно

79. При вторичном амилоидозе чаще поражаются:

- а) Селезенка, почки, печень (+)
- б) Головной мозг
- в) Надпочечники, вилочковая железа
- г) Сердце, легкие
- д) Поджелудочная железа, предстательная железа, гипофиз

80. Жировую дистрофию миокарда характеризует:

- а) Ожирение стромы миокарда
- б) Ожирение субэпикардальной клетчатки
- в) Появление жира в цитоплазме кардиомиоцитов (+)
- г) Все перечисленное верно
- д) Верно А и В

81. Характерный механизм жировой дистрофии гепатоцитов периферии долек:

- а) Инфильтрация
- б) Декомпозиция (+)
- в) Трансформация
- г) . Извращенный синтез
- д) Нарушения гемодинамики

82. Жировая дистрофия миокарда чаще возникает при:

- а) Ревматизме
- б) Сифилисе
- в) Туберкулезе
- г) Атеросклерозе
- д) Дифтерии (+)

83. Клетка, синтезирующая белок на "экспорт" содержит хорошо развитые:

- а) Гладкую эндоплазматическую сеть
- б) Свободные рибосомы
- в) Гранулярную эндоплазматическую сеть (комплекс Гольджи) (+)
- г) Митохондрии
- д) Лизосомы

84. Эпителий, развивающийся из эктодермы:

- а) Многослойной плоской роговицы глаза (+)
- б) Почечных канальцев
- в) Цилиндрический мерцательный яйцевода
- г) Однослойный плоский (мезотелий)
- д) Слизистой оболочки желудка

85. Опухоль, развивающаяся из поперечно-полосатой мышечной ткани:

- а) Лейомиома
- б) Миома
- в) Ангиома
- г) рабдомиосаркома (+)

СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС

Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
ОПК-10	1.	1. Абсолютными признаками остановки сердца являются: а) отсутствие пульсации на сонных артериях б) паралитически расширенные зрачки, не реагирующие на свет в) резко выраженный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек г) отсутствие сознания д) отсутствие дыхания 1. верно все 2. верно а,б,в 3. верно а,г,д 4. верно а,б,д
ОПК-10	2.	Какова правильная последовательность действий при проведении первичных реанимационных мероприятий: 1. вызвать помощь, нанесение прекардиального удара, обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, искусственное дыхание и закрытый массаж сердца 2. закрытый массаж сердца, искусственное дыхание. 3. прекардиальный удар, закрытый массаж сердца, искусственное дыхание 4. вызвать помощь, начать искусственное дыхание, наружный массаж сердца
ОПК-10	3.	Каково оптимальное соотношение искусственных вдохов и компрессий грудной клетки при проведении реанимационных мероприятий? 1. 1 : 10 2. 2 : 15 3. 2 : 30 4. 1 : 5 5. 1 : 30
ОПК-10	4.	Первой медикаментозной помощью при проведении реанимационных мероприятий является: 1. введение 1 мг адреналина 2. введение 10 мг адреналина 3. введение 1 мг атропина 4. инфузия 200 мл 5% р-ра бикарбоната натрия 5. введение 2мг норадреналина
ОПК-10	5.	При регистрации на ЭКГ фибрилляции желудочков могут быть показаны следующие мероприятия: а) проведение электрической дефибрилляции б) продолжение наружного массажа сердца между разрядами дефибриллятора в) внутрисердечное введение 2 мг адреналина в разведении 1:10 г) внутривенное введение 1 мг атропина д) внутривенное введение антифибрилляторных средств (кордарона, лидокаина) при неэффективности электрической дефибрилляции 1. верно а,б,г 2. верно а,б,д

		3. верно а,в,д 4. верно а,б,г,д
ОПК-10	6.	При развитии коллапса в условиях поликлиники показаны следующие мероприятия: а) уложить пациента в горизонтальное положение с подъемом ног. б) произвести венепункцию и ввести внутривенно 200-400 мл 0,9% хлорида натрия в) внутримышечное введение 2,0 мл кордиамина г) вдыхание паров нашатырного спирта д) внутривенное или внутримышечное введение 60-90 мг преднизолона. 1. верно все 2. верно а,в,г, 3. верно а,б,д 4. верно а,в,г,д.
ОПК-10	7.	Интенсивная терапия при кардиогенном отеке легких включает все перечисленное, кроме: 1. внутривенного введения дыхательных аналептиков 2. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения 3. кислородотерапии, искусственной вентиляции легких 4. введения мочегонных и глюкокортикоидов 5. введения морфина и венозных дилататоров
ОПК-10	8.	В отношении пароксизма мерцательной аритмии (фибрилляции предсердий) выберите верные утверждения: а) пароксизм может быть спровоцирован внутрисосудистой инъекцией местного анестетика, содержащего адреналин в качестве адьюванта б) для купирования эффективны вагусные пробы. в) пульс аритмичный с частотой 100-200 уд. в мин, может отмечаться дефицит пульса г) для купирования приступа можно использовать анаприлин (обзидан), корвалол (валокордин), панангин д) для купирования эффективно внутривенное введение 10 мл 25% раствора сульфата магния 1. верно все 2. верно а,б,в 3. верно в,г,д 4. верно а,в,г
ОПК-10	9.	Основными дифференциально-диагностическими характеристиками стенокардитической боли являются: а) давящие боли за грудиной, связанные с физической или эмоциональной нагрузкой б) длительность болей обычно составляет 2-4 часа в) боли стреляющего характера, связанные с изменением положения тела г) боли часто сопровождаются страхом смерти, бледностью кожных покровов, потливостью д) боли хорошо купируются приемом внутрь нестероидных противовоспалительных препаратов 1. верно а,г, 2. верно все 3. верно а,б,г 4. верно б,в,д
ОПК-10	10.	Клиника тяжелой токсической реакции на местные анестетики может включать в себя все, кроме; 1. нарушения сознания 2. урежения дыхания, апноэ 3. тремора, судорог 4. тахикардии и артериальной гипертензии 5. брадикардии
ОПК-10	11.	При лечении тяжелого анафилактического шока показаны следующие лечебные мероприятия: а) быстрая внутривенная инфузия жидкости б) медленное внутривенное введение 0,5 мг адреналина в 20 мл. 0,9% р-ра

		<p>хлорида натрия</p> <p>в) введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов (например 500 мг гидрокортизона)</p> <p>г) введение фуросемида для ускорения выведения аллергена</p> <p>д) переливание свежезамороженной плазмы</p> <p>1. верно а,б,в,г 2. верно а,б,в 954 3. верно а,в,г,д 4. верно б,в,д</p>
ОПК-10	12.	<p>После введения местного анестетика у больного начал развиваться отек Квинке и появилось стридорозное дыхание (отек гортани). Какие неотложные мероприятия показаны, кроме:</p> <p>1. внутривенное введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов</p> <p>2. ингаляции вазопрессоров для уменьшения отека слизистой оболочки гортани</p> <p>3. внутривенное введение антигистаминных препаратов</p> <p>4. введение фуросемида для уменьшения отека слизистой оболочки гортани</p> <p>5. ранняя интубация трахеи</p>
ОПК-10	13.	<p>У какого из перечисленных местных анестетиков наименьшая токсичность:</p> <p>1. мепивакаин 2. артикаин 3. бупивакаин 4. цитанест 5. лидокаин</p>
ОПК-10	14.	<p>При обмороке показаны все мероприятия, кроме:</p> <p>1. уложить больного в горизонтальное положение</p> <p>2. обеспечить проходимость верхних дыхательных путей</p> <p>3. измерить частоту пульса и уровень артериального давления</p> <p>4. ввести подкожно 1,0 мл 0,1% р-ра адреналина</p> <p>5. применить кратковременное вдыхание паров нашатырного спирта</p>
ОПК-10	15.	<p>Что следует сделать немедленно при остановке сердечной деятельности из перечисленного?</p> <p>1. записать ЭКГ</p> <p>2. начать непрямой массаж сердца и искусственное дыхание</p> <p>3. внутрисердечно ввести адреналин 1 мл 0,1% р-ра</p> <p>4. выполнить интубацию трахеи</p> <p>5. обеспечить венозный доступ</p>
ОПК-10	16.	<p>Где следует расположить ладони (минимальной площадкой) для проведения эффективного непрямого массажа сердца?</p> <p>1. на границе средней и нижней трети грудины (по срединной линии)</p> <p>2. на верхней части грудины</p> <p>3. на мечевидном отростке</p> <p>4. в пятом межреберном промежутке слева</p> <p>5. с обеих сторон грудной клетки</p>
ОПК-10	17.	<p>При проведении электрической дефибрилляции рекомендована последовательность разрядов со следующими значениями энергии:</p> <p>1. 100 Дж - 150 Дж - 200 Дж</p> <p>2. Все разряды с энергией 200 Дж</p> <p>3. 200 Дж – 300 Дж – 360 Дж</p> <p>4. 200 Дж - 250 Дж – 300 Дж</p> <p>5. Все разряды с энергией 300 Дж</p>
ОПК-10	18.	<p>Какова оптимальная частота компрессий грудной клетки в минуту при проведении закрытого (непрямого) массажа сердца:</p> <p>1. 40-60 2. 60 3. 60-80 4. около 100 5. 110-120</p>
ОПК-10	19.	<p>Показаниями для общей ингаляционной анестезии являются:</p> <p>а) обширное хирургическое вмешательство</p> <p>б) непереносимость местных анестетиков для регионарной анестезии</p> <p>в) время операции свыше трех часов</p> <p>г) психическое заболевание пациента</p> <p>д) страх больного перед другими видами анестезии</p>

		1. верно а,б,в,г 2. верно а,б,г 3. верно б,г 4. верно б,г,д
ОПК-10	20.	Обязательным компонентом премедикации является: 1. транквилизатор 2. наркотический анагетик 3. холиномиметик 4. ненаркотический анагетик 5. холинолитик
УК-4	21.	Укажите основное место выслушивания аортального клапана 1) верхушка сердца 2) II межреберье слева у грудины 3) II межреберье справа у грудины 4) IV межреберье слева у грудины 5) верно 1) и 2)
УК-4	22.	Укажите основное место выслушивания клапанов легочной артерии 1) верхушка сердца 2) II межреберье справа у грудины 3) II межреберье слева у грудины 4) III межреберье слева у грудины 5) IV межреберье справа у грудины
УК-4	23.	Укажите основное место выслушивания митрального клапана 1) на верхушке сердца 2) II межреберье справа у грудины 3) II межреберье слева у грудины 4) III межреберье слева у грудины (точка Боткина-Эрба) 5) IV межреберье справа у грудины
УК-4	24.	Укажите истинную проекцию клапанов легочной артерии 1) Слева за хрящом III ребра 2) в области грудины на уровне III ребра 3) место прикрепления IV ребра к грудины слева 4) в области грудины на середине расстояния линии, соединяющей III ребро слева и V ребро справа
УК-4	25.	Укажите истинную проекцию аортального клапана 1) в области грудины слева на уровне III ребра 2) III межреберье слева у грудины 3) III межреберье справа у грудины 4) II межреберье справа у грудины 5) II межреберье слева у грудины
УК-4	26.	Укажите основное место оценки трикуспидального клапана 1) верхушка сердца 2) точка Боткина-Эрба (III межреберье слева у грудины) 3) II межреберье справа у грудины 4) II межреберье слева у грудины 5) IV межреберье справа у грудины
УК-4	27.	О чем свидетельствует акцент второго тона на легочной артерии? 1) повышение давления в малом круге кровообращения 2) повышение давления в большом круге кровообращения 3) уплотнение створок аортального клапана 4) уплотнение створок клапанов легочной артерии 5) верно 1) и 4)
УК-4	28.	Какие из перечисленных ниже компонентов могут участвовать в механизме образования II тона? 1) открытие клапанов аорты и легочной артерии

		<p>2) закрытие клапанов аорты и легочной артерии</p> <p>3) колебание стенок аорты и легочной артерии в период изгнания крови</p> <p>4) верно 1) и 3)</p> <p>5) верно 2) и 3)</p>
УК-4	29.	<p>Какие из перечисленных ниже компонентов могут участвовать в механизме образования I тона?</p> <p>1) конец систолы предсердий</p> <p>2) смыкание створок митрального клапана</p> <p>3) верно 1) и 2)</p> <p>4) смыкание створок трехстворчатого клапана</p> <p>5) верно 1), 2) и 4)</p>
УК-4	30.	<p>Звуковые явления с клапанов аорты могут выслушиваться</p> <p>1) во II межреберье справа у края грудины</p> <p>2) во II межреберье слева у края грудины</p> <p>3) в III межреберье слева у края грудины (точка Боткина)</p> <p>4) в IV межреберье справа у края грудины</p> <p>5) верно 1) и 3)</p>
УК-4	31.	<p>Над полостью вскрывшегося абсцесса аускультативно определяется</p> <p>1. ослабленное везикулярное дыхание</p> <p>2. амфорическое дыхание</p> <p>3. жесткое дыхание</p> <p>4. стенотическое дыхание</p> <p>5. отсутствие дыхательных шумов</p>
УК-4	32.	<p>При первой стадии крупозной пневмонии аускультативно определяется дыхание</p> <p>1. ослабленное везикулярное</p> <p>2. саккадированное</p> <p>3. жесткое</p> <p>4. стенотическое</p> <p>5. бронхиальное</p>
УК-4	33.	<p>Для эмфиземы лёгких характерно</p> <p>1. ослабленное везикулярное дыхание</p> <p>2. амфорическое дыхание</p> <p>3. жесткое дыхание</p> <p>4. бронхиальное дыхание</p> <p>5. отсутствие дыхательных шумов</p>
УК-4	34.	<p>Звук разлипания альвеол на высоте вдоха ЭТО</p> <p>1. мелкопузырчатые влажные хрипы</p> <p>2. шум трения плевры</p> <p>3. крепитация</p> <p>4. сухие хрипы</p> <p>5. бронхофония</p>
УК-4	35.	<p>В норме бронхиальное дыхание выслушивается над</p> <p>1. верхушками легких</p> <p>2. нижними отделами легких</p> <p>3. спереди над рукояткой грудины</p> <p>4. сзади на уровне VII-VIII грудных позвонков</p> <p>5. сзади на уровне III-IV грудных позвонков</p>
УК-4	36.	<p>Сухие хрипы в легких образуются при</p> <p>1. скоплении экссудата в альвеолах</p> <p>2. отложении фибрина на поверхности листков плевры</p> <p>3. наличии полости в ткани легкого</p>

		4. сужении просвета бронхов 5. скоплении воздуха в плевральной полости
УК-4	37.	Основным механизмом везикулярного дыхания является 1. трение листков плевры при дыхании 2. завихрения воздуха при прохождении через бронхи 3. наличие вязкой мокроты в трахее и крупных бронхах 4. колебание стенки альвеол при их расправлении и спадении 5. завихрение потока воздуха при прохождении через голосовую щель
УК-4	38.	Основной механизм образования жесткого дыхания 1. снижение эластичности легочной ткани 2. проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом 3. сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота) 4. наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани 958 5. повышение эластичности легочной ткани
УК-4	39.	Появление влажных крупнопузырчатых хрипов обусловлено прохождением воздуха через 1. вязкую мокроту в крупных бронхах 2. вязкую мокроту в мелких бронхах и/или их спазм 3. жидкую мокроту в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом 4. жидкую мокроту в мелких бронхах при сохраненной воздушности окружающей легочной ткани 5. жидкую мокроту в мелких бронхах и воспалительных уплотнениях легочной ткани
УК-4	40.	Шум трения плевры связан с 1. наличием в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или транссудата 2. воспалением листков плевры («сухой» плеврит) 3. заполнением альвеол экссудатом или транссудатом 4. вязкой мокротой в крупных бронхах 5. вязкой мокротой в мелких бронхах и/или их спазм

Ключ к тестовым заданиям Симуляционный курс

№ тестового задания с вариантом правильного ответа	1-2	2-1	3-3	4-1	5-2	6-3	7-1	8-4	9-1	10-4
	11-2	12-4	13-4	14-4	15-4	16-1	17-1	18-4	19-1	20-1
	21-3	22-3	23-1	24-1	25-1	26-5	27-5	28-2	29-5	30-5
	31-2	32-1	33-1	34-3	35-1	36-4	37-4	38-3	39-3	40-2

УПРАВЛЕНИЕ ПРОЕКТАМИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Индекс компетенции	Тест (тестовое задание)
УК-2	<p>1. Проект - это:</p> <p>а) комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленный на создание уникального продукта или услуги в условиях временных и ресурсных ограничений;</p> <p>б) комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленный на создание уникального продукта или услуги;</p> <p>в) бизнес-план;</p> <p>г) инвестиционный план;</p> <p>д) создание уникального продукта или услуги в условиях</p>

временных и ресурсных ограничений.

2. Управление проектом - это:

а) планирование, организация и контроль трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов проекта, направленные на эффективное достижение целей проекта;

б) планирование, организация и контроль трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов проекта;

в) планирование трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов проекта, направленные на эффективное достижение целей проекта;

г) организация трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов проекта, направленные на эффективное достижение целей проекта;

д) контроль трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов проекта, направленные на эффективное достижение целей проекта.

3. Команда проекта – это:

а) совокупность лиц, групп и организаций, объединенных во временную организационную структуру для выполнения работ проекта;

б) совокупность лиц, групп и организаций, объединенных в организационную структуру для выполнения работ проекта;

в) совокупность лиц, объединенных во временную организационную структуру для выполнения работ проекта;

г) совокупность организаций, объединенных во временную организационную структуру для выполнения работ проекта;

д) совокупность групп, объединенных во временную организационную структуру для выполнения работ проекта.

4. Управление проектом включает:

а) совокупность процессов инициации, планирования, организации исполнения, контроля и завершения проекта;

б) совокупность процессов инициации, планирования, организации исполнения проекта;

в) совокупность процессов организации исполнения, контроля и завершения проекта;

г) любой набор действий, которые считает целесообразным осуществить руководитель проекта.

5. Согласно методу инновационных проектов управление проектом - это:

а) предположение о неограниченности ресурсов и важности только исполнения сроков и качества;

б) важность качества при гибкости ресурсов и сроков;

в) неизменность требований, низкие риски, жесткие сроки;

г) высокие риски проекта.

6. Методология TenStep базируется на:

а) концепции управления проектами через группу стандартных процессов с использованием интерактивных процессов;

б) достижение целей клиента в оговоренный срок, в рамках определенного бюджета и с необходимым качеством, причем для реализации разных типов проектов используется набор различных процедур, документов и технологий, наиболее подходящих для конкретного типа проекта;

в) пошаговом подходе, начинающемся с простейших вещей и

заканчивающемся настолько изощренными приемами, насколько это может потребоваться для конкретного проекта, включая шаблоны документов;

г) ориентированность не на продукт или процессы, а на улучшение организации в результате выполнения проектов, что позволяет использовать полученный в результате выполнения проектов опыт для развития компании.

7. Project Expert позволяет учитывать риски на основе:

- а) метода Монте-Карло;
- б) анализа чувствительности;
- г) точки безубыточности;
- д) программа риски не учитывает;
- е) наличием резервов.

8. Управление проектами в Project Expert осуществляется на основе:

- а) сценарного анализа;
- б) контроля за отклонениями;
- в) выполнении первоначального бизнес-плана;
- г) общего управления проектом программа не осуществляет, можно управлять только отдельными ресурсами.

9. Календарное планирование осуществляется на основе:

- а) диаграммы Ганта;
- б) иерархической организации этапов;
- в) произвольно;
- г) для управления проектами календарное планирование не нужно.

10. Программа проекта - это:

- а) совокупность взаимосвязанных проектов и другой деятельности, направленных на достижение общей цели и реализуемых в условиях общих ограничений;
- б) совокупность взаимосвязанных проектов, направленных на достижение общей цели и реализуемых в условиях общих ограничений;
- в) совокупность видов деятельности, направленных на достижение общей цели и реализуемых в условиях общих ограничений;
- г) такого понятия не существует.

11. Что из ниже перечисленного не является видом организационной структуры управления проектом?

- а) функциональная;
- б) матричная;
- в) стратегическая.

12. Риск при осуществлении проекта:

- а) вероятность возникновения неблагоприятных финансовых последствий в форме потери ожидаемого дохода в ситуациях неопределенности его осуществления;
- б) вероятность возникновения неблагоприятных политических последствий в форме потери ожидаемого дохода в ситуациях неопределенности его осуществления;
- в) вероятность возникновения неблагоприятных социальных последствий в форме потери ожидаемого дохода в ситуациях неопределенности его осуществления.

13. Управление риском проекта это:

- а) системное применение политики, процедур и методов управления к задачам определения ситуации, идентификации, анализа, оценки,

обработки, мониторинга риска и обмена информацией, для обеспечения снижения потерь и увеличения рентабельности;

б) системное применение политики, процедур и методов управления командой проекта и обмена информацией, для обеспечения снижения потерь и увеличения рентабельности;

в) системное применение политики, процедур и методов управления целями проекта, анализа, оценки, обработки, мониторинга информацией, для обеспечения снижения потерь и увеличения рентабельности.

14. Выбрать термин, для которого дано определение: «участники проекта, задействованные в его реализации»

а) команда управления проектом;

б) координационный совет;

в) команда проекта.

15. К способам снижения проектного риска относится:

а) планирование;

б) мотивирование;

в) диверсификация.

16. Сетевой график проекта предназначен для:

а) управления конфликтами проектной команды;

б) управления затратами времени на выполнение комплекса работ проекта;

в) управления материальными затратами.

17. К основным функциям проект-менеджера по отдельным сферам деятельности не относится:

а) установление взаимоотношения с вышестоящим руководством, клиентом;

б) налаживание хороших отношений с общественными организациями, прессой, телевидением и т.д.;

в) создание проектной документации и согласование ее с заказчиком.

18. Выбрать термин, для которого дано определение: «осуществляет финансирование проекта за счет своих или привлеченных средств»

а) куратор проекта;

б) инвестор проекта;

в) координационный совет.

19. Анализ чувствительности проекта:

а) позволяет определить степень устойчивости проекта по отношению к возможным изменениям условий его реализации;

б) позволяет оценить, как изменяются результирующие показатели реализации проекта при различных значениях заданных переменных, необходимых для расчета;

в) предполагает разработку нескольких вариантов (сценариев) развития проекта и их сравнительную оценку.

20. При анализе рисков используется иерархическая модель:

а) структура разбиения работ;

б) дерево работ;

в) дерево ресурсов;

г) структура разбиения рисков;

д) организационная структура.

21. К методам анализа рисков можно отнести:

а) сетевые матрицы;

- б) анализ чувствительности;
- в) матрицу ответственности;
- г) дерево целей;
- д) метод освоенного объема.

22. К методам минимизации рисков можно отнести:

- а) страхование;
- б) резервирование средств;
- в) хеджирование;
- г) распределение рисков;
- д) дисконтирование.

23. Ветвями дерева решений являются:

- а) вариант действий;
- б) технологическая зависимость;
- в) административное подчинение;
- г) последствие действия;
- д) фиктивная работа.

24. При анализе рисков с помощью дерева решений чаще всего используется:

- а) критерий Гурвица;
- б) критерий Вальда;
- в) ожидаемая денежная стоимость;
- г) коэффициент Стьюдента;
- д) ставка дисконтирования.

25. Критерием минимального сожаления называют:

- а) критерий Вальда;
- б) критерий Гурвица;
- в) критерий абсолютного оптимизма;
- г) критерий относительного пессимизма;
- д) критерий Севиджа.

26. Зависимость между чистым дисконтированным доходом и объемом продаж продукции проекта определяется с помощью:

- а) анализа сценариев;
- б) анализа чувствительности;
- в) метода освоенного объема;
- г) PERT;
- д) метода критического пути.

27. При анализе рисков используются следующие сетевые методы:

- а) метод критического пути;
- б) сети предшествования;
- в) PERT;
- г) сетевых матриц;
- д) GERT.

28. Проект можно определить как:

- а) совокупность мероприятий, направленных на достижение уникальной цели и ограниченных по ресурсам и времени;
- б) систему целей, результатов, технической и организационной документации, материальных, финансовых, трудовых и иных ресурсов, а также управленческих решений и мероприятий по их выполнению;
- в) системный комплекс плановых (финансовых, технологических, организационных и пр.) документов, содержащих комплексно-системную модель действий, направленных на достижение оригинальной цели.

29. Окружающая среда проекта — это:

а) совокупность факторов и объектов, непосредственно не принимающих участия в проекте, но влияющих на проект и осуществляющих взаимодействие с проектом и отдельными его элементами;

б) совокупность всех участников проекта и других физических и юридических лиц, заинтересованных в его результатах;

в) совокупность независимых хозяйствующих субъектов, взаимодействующих с участниками проекта напрямую.

30. Субъекты, самостоятельно реализующие деятельность по проекту или деятельность, результаты которой влияют на проект (взаимодействуют с проектом), - это:

а) пассивные участники проекта;

б) активные участники проекта;

в) косвенные участники проекта.

31. Руководитель проекта относится:

а) к активным непосредственным участникам;

б) пассивным участникам;

в) пассивным непосредственным участникам;

г) непосредственным участникам;

д) пассивным косвенным участникам.

32. Инициатором проекта является:

а) субъект деятельности, заинтересованный в достижении основной цели результатов проекта;

б) участник, осуществляющий финансирование проекта и заинтересованный в достижении финансовых результатов проекта;

в) субъект, являющийся носителем основной идеи проекта и инициативы по его реализации.

33. Общая структура жизненного цикла проекта включает в себя:

а) прединвестиционную, инвестиционную, эксплуатационную стадии;

б) предпроектные исследования, проектный анализ, строительство, эксплуатацию;

в) обоснование инвестиций, разработку бизнес-плана, технико-экономическое обоснование проекта, строительство, освоение производственной мощности, эксплуатацию, завершение проекта;

г) фазу разработки, фазу реализации.

34. Возможность участников проекта воздействовать на него:

а) в фазе разработки больше, чем в фазе реализации;

б) в фазе разработки меньше, чем в фазе реализации;

в) одинакова в фазе реализации и в фазе разработки.

35. Полный перечень базовых элементов управления проектом включает в себя:

а) ресурсы, работы, результаты;

б) цели, ресурсы, работы;

в) время, стоимость, качество;

г) ресурсы, работы, результаты, риски;

д) цели и мероприятия по их достижению.

36. К видам управленческой деятельности относятся:

а) анализ;

б) прогнозирование;

- в) учет;
- г) контроль;
- д) администрирование.

37. Планирование — это:

- а) определение оптимального результата при заданных ограничениях времени и ресурсо
- б) определение путей, методов и средств достижения поставленной цели;
- в) установление слаженных, сбалансированных, гармоничных отношений между участниками совместного труда;
- г) создание стимулирующих условий труда, при которых каждый работник трудится с полной отдачей.

38. Основанный на знании объективных законов и опыте, ведущий к практическим результатам творческий акт целенаправленного воздействия субъекта управления на объект — это:

- а) управление;
- б) управление проектом;
- в) администрирование;
- г) координация;
- д) управленческое решение.

39. Полный перечень подсистем управления проектом включает в себя:

- а) управление содержанием, управление продолжительностью, управление стоимостью, управление качеством, управление ресурсами, управление рисками, интеграцию проекта;
- б) управление содержанием, управление продолжительностью, управление стоимостью, управление качеством, управление персоналом, управление материально-техническим обеспечением, управление коммуникациями, управление рисками;
- в) планирование, организацию, координацию, активизацию, контроль;
- г) анализ, учет, организацию осуществления, администрирование, экспертизу, бухгалтерский и управленческий учет, торги и контракты, отчетность, оценку;
- д) концептуальное проектирование, проектный анализ, реализацию проекта, мониторинг и контроль, завершение проекта.

40. Содержание проекта — это:

- а) совокупность целей, работ и участников проекта;
- б) перечень целей, работ и ресурсов проекта;
- в) совокупность поставленных целей и связей между ними;
- г) предметная область, ограниченная рамками окружения проекта.

41. При управлении продолжительностью проекта используется:

- а) дерево целей;
- б) сетевая матрица;
- в) структура стоимости;
- г) дерево решений;
- д) график денежных потоков.

42. Команда проекта — это:

- а) совокупность всех заинтересованных в проекте лиц;
- б) совокупность действующих как единое целое участников

проекта, обеспечивающая под руководством проект-менеджера достижение целей проекта;

в) персонал проекта.

43. В качестве финансового результата проекта можно рассматривать:

а) стоимость произведенной продукции;

б) достижение необходимого соотношения между доходами и расходами;

в) внедрение системы бюджетирования проекта.

44. Бюджет проекта — это:

а) себестоимость продукции проекта;

б) объем всех затрат, необходимых и достаточных для успешной реализации проекта;

в) структура, состав и значение статей расходов, необходимых для реализации проекта, и статей доходов, возникающих в результате проекта.

45. Полный перечень ключевых аспектов качества проекта включает в себя:

а) качество, обусловленное соответствием результатов проекта рыночным потребностям и ожиданиям; качество разработки и планирования проекта; качество выполнения работ; качество ресурсного обеспечения проекта;

б) концентрацию усилий на удовлетворении потребностей клиента, участие высшего руководства в производстве продукции, постоянное совершенствование процессов, системный подход;

в) планирование качества, обеспечение качества, контроль качества, анализ данных о качестве.

46. Управление закупками представляет собой:

а) деятельность, направленную на поиск и выбор поставщиков необходимых ресурсов, установление с ними деловых отношений, согласование договорной документации и приобретение прав на использование ресурсов;

б) деятельность, направленную на обеспечение работ всеми необходимыми материальными ресурсами при соблюдении ранее запланированных сроков и качества;

в) деятельность по своевременной доставке материальных ресурсов к местам их использования, организацию их приемки, входного контроля, хранения и передачи в использование.

47. Управление запасами представляет собой:

а) деятельность по поиску и выбору поставщиков ресурсов, по организации и проведению конкурсов (тендеров) на поставку, по управлению контрактами и договорами с поставщиками, по организации поставок, приемки, учета, контроля, хранения и передачи ресурсов в производство;

б) совокупность процедур, правил и работ, направленных на обеспечение оптимального запаса ресурсов, необходимого для бесперебойного производства работ;

в) обеспечение своевременности поставок.

48. В рамках управления коммуникациями проекта в фазе разработки решаются такие задачи, как:

а) определение информационных потребностей участников проекта, проектирование структуры документации и баз данных, а также создание проекта информационной системы, включающей схемы аппаратной и

программной составляющих;

б) разработка технического задания, разработка технического проекта информационной системы, создание информационной системы, включающей аппаратную и программную составляющие;

в) определение структуры баз данных, разработка проекта локальной вычислительной сети, выбор программного обеспечения, настройка программного обеспечения.

49. При анализе и оценке рисков проекта используется:

а) метод критического пути;

б) метод дерева решений;

в) симплекс-метод.

50. Снизить риски проекта позволяет:

а) функционально-стоимостный анализ;

б) метод сбалансированных показателей;

в) создание резервов;

г) календарное планирование;

д) управление конфликтами.

51. Субконтрактором является:

а) участник проекта, берущий на себя обязательства перед контрактором за выполнение отдельных работ, предоставление продукции или услуг;

б) участник проекта, которому делегированы полномочия по управлению деятельностью, направленной на достижение целей проекта;

в) юридическое или физическое лицо, являющееся покупателем или пользователем результатов проекта.

52. Детальные решения по организационной структуре управления проектом закрепляются:

а) в положениях о структурных подразделениях, в должностных инструкциях, матрицах разделения административных задач управления, сетевых матрицах, профиограммах;

б) календарных планах, сетевых графиках и графиках Ганта;

в) технических спецификациях, технических заданиях и рабочих проектах.

53. Полный перечень видов деятельности, обеспечивающих управление проектом, включает в себя:

а) согласование, визирование, исполнение работ, предоставление информации, подготовку предложений;

б) инициацию, планирование, обеспечение, контроль;

в) управление ресурсами, управление работами, управление результатами, управление рисками;

г) планирование, организацию, координацию, активизацию, контроль.

54. Деятельность по управлению проектом, направленная на достижение соответствия результатов проекта выявленным потребностям и ожиданиям, представляет собой подсистему:

а) управления содержанием;

б) управления качеством;

в) управления ресурсами;

г) управления рисками;

д) управления персоналом.

55. Задача по управлению комплектацией решается в рамках подсистемы:

	<p>а) управления коммуникациями; б) управления содержанием; в) управления качеством; г) управления материально-техническим обеспечением; д) управления рисками.</p> <p>56. В рамках управления стоимостью проекта используются следующие управляющие модели:</p> <p>а) организационная структура, штатное расписание, матрица ответственности, сетевая матрица; б) структура продукции, структура потребностей (требований к продукции); в) структура расходов (дерево стоимости), структура доходов, бюджет, график денежных потоков.</p>
--	---

Ключ к тестовым заданиям Управление проектами в профессиональной деятельности

№ тестового задания с вариантом правильного ответа	1-а	2-а	3-а	4-а	5-г	6-а	7-а	8-а	9-а	10-а
	11-в	12-а	13-а	14-в	15-в	16-б	17-в	18-б	19-б	20-в
	21-б	22-а,б,в,г	23-а,г	24-а	25-б	26-г	27-а	28-а	29-а	30-б
	31-а	32-в	33-а	34-а	35-г	36-б,г	37-а	38-б	39-б	40-в
	41-б	42-б	43-б	44-б	45-в	46-б	47-а	48-а	49-б	50-г
	51-б	52-а	53-г	54-а	55-г	56-в				

ВИЧ-инфекция

Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
ПК 1,2,4,5	1	Источником ВИЧ не могут быть: а. мать для плода б. ребенок для матери при грудном вскармливании в. животное, инфицированное ретровирусами г. донор крови для реципиента
ПК 1,2,4,5	2	Наибольшая концентрация ВИЧ имеется в: А. сперме Б. крови В. грудном молоке Г. слюне Д. влагалищном секрете
ПК 1,2,4,5	3	ВИЧ передается следующими путями: А. при грудном вскармливании от ребенка - матери Б. при длительном бытовом контакте В. воздушно-пылевым путем Г. от инфицированной матери ребенку при уходе за ним Д. трансмиссивным путем Е. алиментарным путем
ПК 1,2,4,5	4	Манипуляцией, при которой наиболее часто может наступить заражение медицинских работников ВИЧ-инфекцией, является:

		<p>А. гастроскопия Б. ректороманоскопия В. цистоскопия Г. забор крови из вены Д. внутримышечная инъекция</p>
ПК 1,2,4,5	5	<p>Инфицированию ВИЧ не способствует: А. беспорядочные гомо- и гетеросексуальные связи Б. длительные половые контакты с одним партнером В. наличие венерических заболеваний у сексуальных партнеров Г. сексуальный контакт во время менструации Д. большое количество сексуальных партнеров</p>
ПК 1,2,4,5	6	<p>Целью антиретровирусной терапии (АРТ) является (<i>отметьте один – НЕВЕРНЫЙ – вариант</i>): а. Продление и улучшение качества жизни людей, зараженных ВИЧ и СПИДом б. Уменьшение вирусной нагрузки в максимально возможной степени и на максимально продолжительное время, чтобы остановить развитие заболевания и предотвратить или ослабить возможности формирования лекарственной устойчивости с. Качественное и количественное восстановление иммунитета д. Уменьшение потребности в использовании презервативов</p>
ПК 1,2,4,5	7	<p>Система классификации клинических стадий ВОЗ (<i>отметьте все подходящие варианты</i>): а. Строится на использовании клинических маркеров, имеющих прогностическое значение, с классификацией по четырем категориям; б. Должна использоваться только начинающими медицинскими работниками с. Доказала свою надежность при прогнозировании заболеваемости и смертности для инфицированных взрослых пациентов</p>
ПК 1,2,4,5	8	<p>Для внедрения программы антиретровирусной терапии в рамках помощи ВИЧ-инфицированным требуются: а) инфраструктура б) лабораторная база с) медицинские работники д) снабжение лекарственными средствами е) все перечисленное</p>
ПК 1,2,4,5	9	<p>Для лечения больных СПИДом не применяются: противовирусные препараты антибактериальные препараты противогрибковые препараты иммуностимулирующие препараты комбинированная терапия</p>
ПК 1,2,4,5	10	<p>Наиболее широко применяемым препаратом для лечения больных ВИЧ-инфекцией является: фоскарнет виразол ганцикловир азидотимидин винкристин</p>
ПК 1,2,4,5	11	<p>Для специфического лечения больных ВИЧ-инфекцией следует</p>

		<p>применять: ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ Б. ингибиторы протеазы ВИЧ сочетание ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ с цитостатиками сочетание ингибиторов протеазы с ингибиторами обратной транскриптазы ВИЧ сочетание ингибиторов протеазы ВИЧ с иммуностимуляторами Поставьте «ННИОТ» перед характеристиками нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ) и «НИОТ» перед характеристиками нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ). ___ а. Вызывают преждевременное прекращение формирования цепочки ДНК ВИ ___ б. Типичные побочные эффекты – пятнисто-папулезная сыпь, гепатит и головная боль. ___ с. Типичные побочные эффекты – тошнота и рвота, анемия, периферическая нейропатия и панкреатит ___ d. Эффективны и против ВИЧ 1, и против ВИЧ 2</p>
ПК 1,2,4,5	12	<p>Для специфического лечения больных ВИЧ-инфекцией следует применять: А. ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ Б. ингибиторы протеазы ВИЧ В. сочетание ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ с цитостатиками Г. сочетание ингибиторов протеазы с ингибиторами обратной транскриптазы ВИЧ Д. сочетание ингибиторов протеазы ВИЧ с иммуностимуляторами</p>
ПК 1,2,4,5	13	<p>Для терапии токсоплазмоза не применяют -А. левомецетин Б. хлоридин В. сульфаниламиды Г. токсоплазмин</p>
ПК 1,2,4,5	14	<p>Отметьте среди приведенных ниже утверждений те, которые точно описывают ингибиторы протеазы: а. Препятствуют продуцированию зрелых инфекционных вирионов б. Могут привести к снижению вирусной нагрузки до уровня, при котором вирус не обнаруживается с. Побочные эффекты невелики или вообще отсутствуют d. Подавляют активность ферментов цитохрома Р450, что приводит к множественным лекарственным взаимодействиям</p>
ПК 1,2,4,5	15	<p>Какое минимальное количество антиретровирусных препаратов нужно использовать совместно, чтобы надежно предотвратить возникновение лекарственной устойчивости и неэффективность лечения в течение длительного срока? А. 2 Б. 3 В. 4 Г. 5</p>
ПК 1,2,4,5	16	<p>Отметьте состояния, которые могут возникнуть как побочные реакции на АРТ:</p>

		<p>А. гипотиреоз Б. липодистрофия В. гипергликемия Г. гиперлипидемия Д. лактацидоз Е. остеопороз</p>
ПК 1,2,4,5	17	<p>Параметры, которые нужно отслеживать в качестве показателей клинической эффективности АРТ: А. Восприятие пациентом хода лечения Б. Изменения веса тела Г. Изменения частоты и/или тяжести симптомов, связанных с ВИЧ</p>
ПК 1,2,4,5	18	<p>Показатель CD4 полезен ТОЛЬКО при решении вопроса о том, должен ли пациент начинать АРТ. А. Да Б. Нет</p>
ПК 1,2,4,5	19	<p>Отметьте все верные утверждения: Лечение неэффективно, если: а. Возникает ОИ или злокачественное новообразование, когда лекарства давались достаточно долго, чтобы иммунитет мог восстановиться до протективного уровня б. Показатель CD4 снижается на 10% от пикового значения с. В течение 16-24 недель не удается снизить вирусную нагрузку до необнаруживаемого уровня.</p>
ПК 1,2,4,5	20	<p>Клинические признаки, при которых не показано обследование на ВИЧ: длительные диареи длительно текущие пневмонии необъяснимая потеря массы тела саркома Капоши гнойный лимфаденит</p>
ПК 1,2,4,5	21	<p>Характерными первичными проявлениями ВИЧ-инфекции не являются: А. мононуклеозоподобный синдром Б. лихорадка В. экзантема -Г. аутоиммунный гепатит Д. энцефалит Е. желтуха</p>
ПК 1,2,4,5	22	<p>Стадия ПА у больных ВИЧ-инфекцией не может проявиться следующим А. клиническим синдромом: -желтушным Б. мононуклеозоподобным В гриппоподобным Г. энцефалитическим Д. диарейным</p>
ПК 1,2,4,5	23	<p>Мононуклеозоподобный синдром в стадии ПА ВИЧ-инфекциям А. отличается от инфекционного мононуклеоза: Б. лихорадкой В. тонзиллитом Г. экзантемой Д. лимфоцитозом и наличием атипичных мононуклеаров в</p>

		периферической крови -Е. отрицательной реакцией Хоффа-Бауэра
	24	Лимфатические узлы у больных ВИЧ-инфекцией: А. болезненные, флюктуируют при пальпации Б. с гиперемией кожных покровов над ними В. спаяны с кожей Г. увеличены до 3 см и более -Д. безболезненные, имеют туго-эластичную консистенцию Е. образуют бубон
	25	Для СПИДа не характерны следующие поражения кожи: кандидоз токсико-аллергический дерматит рецидивирующий простой герпес пиодермия саркома Капоши
	26	К оппортунистическим инфекциям не относят: кандидоз иерсиниоз опоясывающий герпес пневмоцистную пневмонию цитомегаловирусную инфекцию
	27	Для СПИДа не характерны следующие формы поражения пищеварительного тракта: кандидоз слизистой рта и пищевода лейкоплакия языка протозойный энтерит неспецифический язвенный колит криптоспориоз
	28	Для СПИДа не характерны следующие поражения кожи: А. кандидоз -Б. токсико-аллергический дерматит В. рецидивирующий простой герпес Г. пиодермия Д. саркома Капоши
	29	К оппортунистическим инфекциям не относят: А. кандидоз -Б. иерсиниоз В. опоясывающий герпес Г. пневмоцистную пневмонию Д. цитомегаловирусную инфекцию
	30	Для окончательной диагностики ВИЧ-инфекции применяют: определение количества и соотношения Т- и В-лимфоцитов электронную микроскопию крови обнаружение антител в иммунном блоте биопробу выделение гемокультуры вируса
	31	При обнаружении ВИЧ-инфекции у беременной следует: прервать беременность назначить иммуностимуляторы рекомендовать грудное вскармливание новорожденного рекомендовать смешанное вскармливание родоразрешить кесаревым сечением

	32	Не подлежат обязательному обследованию на ВИЧ-инфекции методом ИФА следующие категории: доноры лица, направляемые на санаторно-курортное лечение беременные постоянные реципиенты крови доноры органов и биологических субстратов
ПК 1,2,4,5	33	Существует три основных варианта действий в отношении женщин, забеременевших в ходе АРТ: а. Временное приостановление лечения (на время первого триместра) б. Продолжение лечения без всяких изменений с. Переход на другую схему лечения д. Увеличение доз всех АРТ-препаратов для более эффективной профилактики передачи ВИЧ ребенку
ПК 1,2,4,5	34	Что из нижеперечисленного НЕ относится к лечебно-профилактическим мерам при профессиональном контакте с кровью? а. Немедленно промыть рану водой с мылом б. Промыть сильной струей слизистые оболочки с. Немедленно направить пострадавшего на тест вирусной нагрузки д. Обеспечить профилактику ОИ е. Как можно быстрее начать постконтактную профилактику ф. Тестировать источник на ВИЧ (экспресс-тест, если возможно)

Постковидный синдром. Молекулярно-генетические исследования

Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
ПК-1	1	Острый COVID-19 это: а. Жалобы и симптомы COVID-19 продолжительностью до 4 недель б. Жалобы и симптомы COVID-19 продолжительностью от 4 до 12 недель с. Жалобы и симптомы COVID-19 продолжительностью более 12 недель
ПК-1	2	LongCOVID-19 это: а. Жалобы и симптомы COVID-19 продолжительностью до 4 недель б. Жалобы и симптомы COVID-19 продолжительностью от 4 до 12 недель с. Жалобы и симптомы COVID-19 продолжительностью более 12 недель
ПК-1	3	Постковидный синдром это: а. Жалобы и симптомы COVID-19 продолжительностью до 4 недель б. Жалобы и симптомы COVID-19 продолжительностью от 4 до 12 недель

		<p>с. Жалобы и симптомы, которые развиваются во время или после COVID-19 продолжительностью более 12 недель и не являются результатом другого заболевания</p>
ПК-1	4	<p>Механизмы повреждения печени, связанные с COVID-19</p> <p>a. Прямое действие вируса</p> <p>b. Непрямые реакции хозяина</p> <p>c. Токсичное действие лекарственных препаратов</p> <p>d. Все ответы верны</p>
ПК-1	5	<p>Постковидный синдром подтверждается (несколько вариантов):</p> <p>a. Наличие в анамнезе подтвержденной инфекции COVID-19 (положительный результат ПЦР РНК SARS-Cov-2)</p> <p>b. Наличие в анамнезе вероятного случая инфекции COVID-19</p> <p>c. Обнаружение IgG / суммарных IgM и IgG к SARSCov-2</p>
ПК-1	6	<p>Наиболее распространенные симптомы постковидного синдрома (несколько вариантов)</p> <p>a. Депрессия</p> <p>b. Усталость</p> <p>c. Когнитивные нарушения</p> <p>d. Кашель</p> <p>e. Нарушение сна</p> <p>f. Повышение температуры тела</p> <p>g. Головные боли</p> <p>h. Сыпь</p>
ПК-1	7	<p>Методом лабораторной диагностики, направленным на выявление вируса и его фрагментов является:</p> <p>a. иммуноблоттинг</p> <p>b. иммуноферментный анализ</p> <p>c. полимеразно-цепная реакция</p>
ПК-1	8	<p>Экспресс-диагностика вирусных инфекций основана на:</p> <p>a. выделении вируса</p> <p>b. определении антигенов или/и нуклеиновой кислоты вируса</p> <p>c. определении специфических антител</p> <p>d. определении классов Ig</p> <p>e. определении ГЧЗТ</p>
ПК-1	9	<p>1. Достоверным серологическим подтверждением вирусной инфекции является:</p> <p>a. не менее чем 2-х кратное увеличение титра антител</p> <p>b. не менее чем 4-х кратное увеличение титра антител</p> <p>c. не менее чем 8-х кратное увеличение титра антител</p> <p>d. отсутствие нарастания титра антител</p>
ПК-1	10	<p>Возможна ли реинфекция хронического гепатита В при использовании в лечении COVID-19 ингибиторов янус-киназ:</p> <p>a. Да</p> <p>b. Нет</p>
ПК-1	11	<p>«Сосудистые» звездочки отражают:</p> <p>a. Цитолитический синдром</p> <p>b. Мезенхимально-воспалительный синдром</p>

		<p>с. Синдром холестаза d. Синдром портальной гипертензии</p>
ПК-1	12	<p>При аутоиммунной гепатите 1-го типа в сыворотке крови выявляют</p> <p>a. Антинуклеарные (antinuclearantibodies, ANA) и/или антигладкомышечные антитела (smoothmuscleantibody, SMA)</p> <p>b. Антитела к микросомам клеток печени и эпителиальных клеток клубочкового аппарата почек типа 1 (anti-LKM 1)</p> <p>с. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (anti-CCP)</p> <p>d. Антитела к тиреоглобулину, тиреопероксидазе, второму коллоидному антигену</p>
ПК-1	13	<p>При аутоиммунной гепатите 2-го типа в сыворотке крови выявляют</p> <p>a. Антинуклеарные (antinuclearantibodies, ANA) и/или антигладкомышечные антитела (smoothmuscleantibody, SMA)</p> <p>b. Антитела к микросомам клеток печени и эпителиальных клеток клубочкового аппарата почек типа 1 (anti-LKM 1)</p> <p>с. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (anti-CCP)</p> <p>d. Антитела к тиреоглобулину, тиреопероксидазе, второму коллоидному антигену</p>
ПК-1	14	<p>Коронавирус (SARS-CoV), возбудитель атипичной пневмонии, который вызывал ТОРС у людей, относится к роду</p> <p>a. Gammacoronavirus</p> <p>b. Deltacoronavirus</p> <p>с. Betacoronavirus</p> <p>d. Alphacoronavirus</p>
ПК-1	15	<p>Коронавирус MERS (MERS-CoV), возбудитель ближневосточного респираторного синдрома, относится к роду Выберите ОДИН правильный ответ</p> <p>a. Betacoronavirus</p> <p>b. Deltacoronavirus</p> <p>с. Alphacoronavirus</p> <p>d. Gammacoronavirus</p>
ПК-1	16	<p>Какой из цитокинов не относится к провоспалительным:</p> <p>a. ИЛ 1</p> <p>b. ИЛ 2</p> <p>с. ИЛ 4</p> <p>d. ИЛ 6</p> <p>e. ИЛ 7</p>
ПК-1	17	<p>Отличие COVID-19-индуцированного от других вирус-индуцированных цитокинового шторма является:</p> <p>a. Орган-мишень легкие</p> <p>b. Орган-мишень сосудистое русло</p> <p>с. Орган-мишень печень</p> <p>d. Орган-мишень мозг</p> <p>e. Орган-мишень почки</p>

ПК-1	18	<p>Диагноз хронического гепатита С устанавливается на основании определения в крови более 6 месяцев (множественный выбор):</p> <p>a. Anti-HCV b. HCVcorAg c. РНК вируса гепатита С</p>
ПК-1	19	<p>В диагностике какого заболевания имеет значение увеличение уровня альфа-фетопротейна:</p> <p>a. хронического гепатита b. эхинококкоза печени c. гепатоцеллюлярного рака d. острого вирусного гепатита e. острая печеночная недостаточность f. все из перечисленного</p>
ПК-1	20	<p>Наиболее частая причина развития хронических диффузных заболеваний печени:</p> <p>a. Гепатотропные вирусы b. Алкоголь c. Болезни накопления d. Токсические гепатотропные агенты e. Все из перечисленного</p>
ПК-2	21	<p>Наиболее частая мутация HBV ассоциирована с:</p> <p>a. Мутацией в pre-core зоне b. Мутацией в зоне ДНК полимеразы c. Мутацией S зоне</p>
ПК-2	22	<p>Укажите основные ферменты репликации HCV:</p> <p>a. ДНК-полимераза, протеаза b. Геликаза, РНК-зависимая РНК-полимераза c. Сериновая протеаза, ДНК-полимераза d. Геликаза, металлопротеаза, РНК-зависимая РНК-полимераза, сериновая протеаза</p>
ПК-2	23	<p>Какой из перечисленных интерферонов обладает преимущественно иммуномодулирующей активностью:</p> <p>a. α-IFN b. β-IFN c. γ-IFN</p>
ПК-2	24	<p>Какая группа антибактериальных препаратов не обладает гепатотоксическим действием:</p> <p>a. Тетрациклины b. Аминогликозиды c. Пенициллины d. Сульфаниламиды</p>
ПК-2	25	<p>Какие препараты оказывают гепатотропно-токсикоаллергическое действие:</p> <p>a. психотропные противовоспалительные; b. контрацептивные; c. противотуберкулезные; d. все перечисленные препараты; e. ни один из перечисленных препаратов.</p>

ПК-2	26	<p>«Серологическое окно» - это период от момента</p> <p>a. Инфицирования вирусом до появления РНК вируса</p> <p>b. Инфицирования вирусом до появления антител</p> <p>c. Инфицирования вирусом до появления клинических симптомов</p> <p>d. Перехода острой стадии в хроническую</p> <p>e. Появления РНК вируса до появления антител</p>
ПК-2	27	<p>В тест-системах для определения антител к вирусу гепатита С используют:</p> <p>a. Индивидуальные белки, полученные при фракционировании культивированного вируса</p> <p>b. Очищенный вирусный препарат, полученный при размножении вируса в клеточных культурах</p> <p>c. Поверхностные белки вируса гепатита С</p> <p>d. Поверхностный антиген вируса гепатита В</p> <p>e. Рекомбинатные белки вируса</p>
ПК-2	28	<p>Генотипирование вируса гепатита С необходимо:</p> <p>a. Для выбора противовирусных препаратов</p> <p>b. Для выявления РНК вируса гепатита С</p> <p>c. Для выявления антител к вирусу гепатита С</p> <p>d. Для определения клинической формы заболевания</p> <p>e. Для определения стадии заболевания</p> <p>f. Все варианты верны</p>
ПК-2	29	<p>Специфичность ПЦР обеспечивают:</p> <p>a. Эффективное выделение нуклеиновых кислот</p> <p>b. Полимераза</p> <p>c. Обратная транскриптаза</p> <p>d. Праймеры</p>
ПК-2	30	<p>Возможные причины ложноотрицательных результатов на этапе выделения ДНК/РНК:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разрушение нуклеиновых кислот в биообразце 2. Контаминация в процессе выделения между образцами 3. Разрушение нуклеиновых кислот после выделения 4. Потеря нуклеиновых кислот в процессе выделения <p>a. 1,2,3,4</p> <p>b. 1,3,4</p> <p>c. 1,2,4,</p> <p>d. 2,3,4</p> <p>e. 1,4</p> <p>f. 1,3</p> <p>g. 1,2</p>

КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ

4.1. Тесты (тестовые задания) для текущего контроля и контроля самостоятельной работы обучающихся

Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
ПК-1	1	Какие виды клеток необходимы и достаточны для распознавания антигенов и синтеза антител? 1) лимфоциты и клетки стромы лимфоидного органа 2) лимфоциты и нейтрофилы 3) лимфоциты и макрофаги
ПК-1	2	Кооперация каких видов клеток необходима в иммунном ответе на тимусзависимый антиген, например, на бактериальный белковый антиген? 1) Т- и В-лимфоцитов 2) Т-, В-лимфоцитов и макрофагов 3) лимфоцитов, макрофагов и тромбоцитов
ПК-1	3	Основными функциями макрофагов являются: 1) фагоцитоз, представление антигенов, синтез цитокинов 2) захват и переваривание микроорганизмов 3) развитие местной аллергической реакции немедленного типа
ПК-1	4	К центральным органам иммунитета относятся: 1) тимус и селезенка 2) костный мозг и селезенка 3) тимус и костный мозг
ПК-1	5	Выделяют следующие классы иммуноглобулинов: 1) IgA , Ig M, IgF 2) IgA , IgM , IgG , IgE , IgD 3) IgG , Ig M, Ig E
ПК-1	6	Факторы некроза опухоли – это: 1) сигнальные молекулы, действующие между лейкоцитами 2) противовирусные цитокины 3) цитокины с цитотоксическим и регуляторным действием
ПК-1	7	Каждый тип клеток иммунной системы способен продуцировать несколько цитокинов, и каждая разновидность может секретироваться разными клетками: 1) верно 2) не верно
ПК-1	8	В формировании вторичных иммунодефицитов (ИД) принимают участие следующие факторы: 1) инфекционное поражение иммунной системы 2) стресс-опосредованные реакции 3) синдром избыточного бактериального роста, дисбактериозы 4) лечение иммуносупрессантами 5) все вышеперечисленное.
ПК-1	9	Какое иммунологическое обследование надо назначить пациенту с подозрением на иммунодефицит: 1) общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы 2) определение содержания Т- и В-лимфоцитов. 3) содержание сывороточных иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM

		<p>4) определение фагоцитарной активности нейтрофилов.</p> <p>5) все вышеперечисленное.</p>
ПК-1	10	<p>Интерлейкины это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) противовирусные агенты с выраженным иммунорегуляторным действием 2) цитокины с цитотоксическим и регуляторным действием 3) секреторные регуляторные белки иммунной системы, обеспечивающие медиаторные взаимодействия в иммунной системе и связь ее с другими системами организма 4) стимуляторы роста и дифференцировки гемопоэтических клеток
ПК-2	11	<p>Препарат, эффективно предотвращающий дегрануляцию эозинофилов и тучных клеток:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сальбутамол 2) интал 3) ИРС-19
ПК-1	12	<p>Что является доказательствами аутоиммунного патогенеза заболевания?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) содержание циркулирующих аутоантител, аутоенсиблизированных лимфоцитов, наличие возможности выделения аутоантигена, возможность пассивного переноса патологического процесса с помощью аутоантител и аутоенсиблизированных лимфоцитов. 2) содержание циркулирующих аутоантител 3) содержание в крови аутоантигена
ПК-1	13	<p>В основе какой патологии лежит явление антигенной мимикрии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в основе аутоиммунной патологии. 2) в основе аллергических заболеваний. 3) в основе иммунологической толерантности.
ПК-1	14	<p>Какие варианты аутоантител при системной красной волчанке представляют наиболее диагностическую ценность?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аутоантитела к ДНК-нативной и ДНК-денатурированной. 2) аутоантитела к РНК, коллагену, эластину. 3) антинуклеарный фактор (АНФ) и аутоантитела к органам.
ПК-1	15	<p>Какова этиология ревматизма?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нуклеиновые кислоты вирусов. 2) β-гемолитический стрептококк типа А. 3) мембранные антигены E.coli
ПК-1	16	<p>Для воспаления при бронхиальной астме характерно увеличение количества в слизистой и просвете бронхиального дерева:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Т-лимфоцитов, тучных клеток, эозинофилов. 2) альвеолярных макрофагов, В-лимфоцитов, тучных клеток. 3) В-лимфоцитов, тучных клеток, нейтрофилов.
ПК-1	17	<p>К органоспецифическим аутоиммунным заболеваниям не относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тиреоидит Хашимото 2) ювенильный диабет 3) болезнь Аддисона 4) гранулематоз Вегенера
ПК-2	18	<p>Для усиления иммунного ответа на введение антигена используют:</p>

		1) селектины 2) адьюванты 3) анафилатоксины 4) комплемент 5) дефензимы
ПК-1	19	Какой из иммуноглобулинов способен проходить через плаценту? 1) IgM. 2) IgE. 3) IgG. 4) IgA.
ПК-1, ПК-2	20	Интерфероны это: 1) противовирусные агенты с выраженным иммунорегуляторным действием 2) цитокины с цитотоксическим и регуляторным действием 3) регуляторы хемотаксиса различных типов клеток 4) секреторные регуляторные белки иммунной системы, обеспечивающие медиаторные взаимодействия в иммунной системе и связь ее с другими системами организма
ПК-1	21	К аутоиммунным заболеваниям не относится: 1) синдром Кляйнфельтера 2) системная красная волчанка 3) тиреоидит Хашимото 4) ревматоидный артрит
ПК-1	22	В обеспечении как клеточного, так и гуморального иммунитета участвует: 1) ИЛ-2 2) ИЛ-3 3) ИЛ-4 4) ИЛ-6
ПК-1	23	Что из нижеперечисленного не подходит для врожденного иммунитета? 1) Отсутствие специфичности 2) Активация под воздействием стимулов 3) Вовлечение клеток многих типов 4) Наличие иммунологической памяти
ПК-1	24	Число классов иммуноглобулинов, существующих у человека: 1) 2 2) 5 3) 7 4) 9
ПК-1	25	Маркером острого инфекционного процесса является 1) IgA 2) IgD 3) IgG 4) IgM

Ключ к тестовым заданиям

№ тестового задания с вариантом правильного ответа	1)-3	2)-2	3)-1	4)-2	5)-3	6)-3	7)-1	8)-5	9)-5	10)-3
	11)-2	12)-1	13)-1	14)-1	15)-2	16)-1	17)-4	18)-3	19)-3	20)-1
	21)-1	22)-2	23)-4	24)-2	25)-4					

ГЕПАТОЛОГИЯ

Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
ПК 1,2	1	<p>Наиболее частая причина развития хронических диффузных заболеваний печени:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гепатотропные вирусы; 2. алкоголь; 3. наследственные заболевания - болезни накопления; 4. токсические гепатотропные агенты.
ПК 1,2	2	<p>Наиболее распространенной гепатотропной вирусной инфекцией, формирующей хронические диффузные заболевания печени, является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HBV-инфекция; 2. HCV-инфекция; 3. HAV-инфекция; 4. HBV/HDV-инфекция, HDV-инфекция.
ПК 1,2	3	<p>Какие из перечисленных клинических синдромов свойственны неалкогольному стеатогепатиту?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствие маркеров вирусной инфекции; 2. избыточная масса тела; 3. гиперлипидемия, преимущественно за счет триглицеридов; 4. отсутствие указаний на злоупотребление алкоголем; 5. все вышеперечисленное.
ПК 1,2	4	<p>Что является «эталонным» лабораторным маркером алкогольного гепатита?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышение трансаминаз; 2. повышение γ-глутаминтранспептидазы; 3. сочетанное повышение трансаминаз и γ-глутаминтранспептидазы; 4. десахарированный трансферрин;
ПК 1,2	5	<p>Наиболее быстрые сроки прогрессирования хронического гепатита В в цирроз/рак печени ассоциированы с:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. мужским полом пациентов; 2. мутантным (HBe-негативным) штаммом HBV; 3. злоупотреблением алкоголем; 4. длительностью заболевания; 5. со всеми перечисленными факторами.
ПК 1,2	6	<p>Наиболее частая мутация HBV ассоциирована с:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. мутацией в рге-сог-зоне; 2. мутацией в зоне ДНК-полимеразы; 3. мутацией в s-зоне.
ПК 1,2	7	<p>Наиболее типичными морфологическими признаками</p>

		<p>хронического гепатита В являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с формированием лимфоидных фолликулов, скоплением цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах; 2. наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов».
ПК 1,2	8	<p>Наиболее типичными морфологическими признаками хронического гепатита С являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наличие фоновой жировой дистрофии в сочетании с формированием лимфоидных фолликулов, скоплением цепочек лимфоцитов в перисинусоидальных пространствах; 2. наличие фоновой гиалиновой и/или белковой дистрофии в сочетании с наличием матово-стекловидных гепатоцитов и ядер гепатоцитов в виде «песочных часов».
ПК 1,2	9	<p>Какой из перечисленных интерферонов обладает преимущественно противовирусной активностью?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. γ-IFN 2. α-IFN 3. β-IFN
ПК 1,2	10	<p>Стандартом стартового лечения хронического гепатита В в настоящее время является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. монотерапия нуклеозидными аналогами (зэффикс, эпивир, ламивудин, адефовир - депивоксил); 2. монотерапия α-IFN; 3. комбинированное лечение нуклеозидными аналогами в сочетании с α-IFN.
ПК 1,2	11	<p>Показаниями к этиотропному лечению хронических вирусных гепатитов являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышение уровня билирубина, повышение уровня трансаминаз, отрицательные значения полимеразной цепной реакции на детекцию генетического материала, позитивные результаты детекции суммарных антивирусных антител, морфологическое исследование, подтверждающее хронический гепатит 2. повышение уровня билирубина, позитивные значения полимеразной цепной реакции на детекцию генетического материала вируса, позитивные результаты детекции суммарных антивирусных антител; 3. повышение уровня аланиновой трансаминазы, позитивные значения полимеразной цепной реакции на детекцию генетического материала вирусов, позитивные результаты детекции суммарных антивирусных антител, морфологическое исследование, подтверждающее хронический гепатит.
ПК 1,2	12	<p>Стандартом стартового лечения хронического гепатита С в настоящее время является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. монотерапия рибавирином (ребетолом); 2. монотерапия α-IFN; 3. комбинированное лечение ребетолом в сочетании с α-IFN.
ПК 1,2	13	<p>Укажите наиболее часто встречающиеся побочные эффекты интерферонотерапии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кардиопатия, депрессивный синдром, гиперурикемия, гипергликемия, фотосенсибилизация;

		<p>2. гриппоподобный синдром, депрессивный синдром, цитопенический синдром (гранулоцито- и тромбоцитопения), алоpecia;</p> <p>3. ожирение, дисменорея, артериальная гипертензия, диарея.</p>
ПК 1,2	14	<p>Чем обычно лимитировано применение рибавирина у пациентов с хроническим гепатитом С?</p> <p>1. гранулоцитопенией;</p> <p>2. тромбоцитопенией;</p> <p>3. гемолизом.</p>
ПК-1	15	<p>Обязательное условие, вносимое в информированное согласие пациента перед началом лечения рибавирином при хроническом гепатите С:</p> <p>1. категорический отказ от алкоголя;</p> <p>2. строгое соблюдение диеты;</p> <p>3. резкое ограничение физических нагрузок;</p> <p>4. категорический отказ от приема психотропных средств;</p> <p>5. двойная контрацепция.</p>
ПК 1,2	16	<p>Что определяет частоту доказанного ответа у пациентов с хроническим гепатитом С, получающих стандартную комбинированную противовирусную терапию при соблюдении прочих равных условий?</p> <p>1. только генотип вируса;</p> <p>2. генотип вируса, возраст и пол пациента;</p> <p>3. только возраст и пол пациента.</p>
ПК-1,2	17	<p>При каком из хронических вирусных гепатитов, отвечающих критериям проведения этиотропной терапии, результаты последней наиболее неудовлетворительны?</p> <p>1. хронический гепатит В;</p> <p>2. хронический гепатит С;</p> <p>3. хронический гепатит С + В;</p> <p>4. хронический гепатит D.</p>
ПК 1,2	18	<p>Что из перечисленного является наиболее значимым для диагностики болезни Коновалова-Вильсона?</p> <p>1. наличие синдрома цитолиза;</p> <p>2. повышение уровня щелочной фосфатазы, трансаминаз, церулоплазмينا, наличие неврологической симптоматики;</p> <p>3. повышение уровня экскреции меди с мочой, снижение уровня церулоплазмينا, полиморфизм гена АТФазы Р, наличие кольца Кайзера-Флейшера на роговице при исследовании щелевой лампой.</p>
ПК-1,2	19	<p>Оптимальным сочетанием при лечении портальной гипертензии у больных с циррозом печени является:</p> <p>1. ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков;</p> <p>2. назначение салуретиков в сочетании с β-блокаторами;</p> <p>3. назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, β-блокаторов.</p>
ПК-1,2	20	<p>Наиболее оптимальным лечением печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени является:</p> <p>1. ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишечника,</p>

		<p>ограничение потребления белка с пищей;</p> <p>2. ограничение физической нагрузки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого, ограничение потребления белка с пищей;</p> <p>3. ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого без существенного ограничения потребления белка с пищей;</p> <p>4. ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого с ограничением потребления белка с пищей.</p>
ПК 1,2	21	<p>Укажите наиболее типичное сочетание клинических признаков аутоиммунного гепатита:</p> <p>1. отсутствие маркеров вирусной инфекции, молодой возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений - артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антинуклеарные, антигладкомышечные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, γ-глобулинов, высокий индекс гистологической активности гепатита, значительное повышение трансаминаз;</p> <p>2. отсутствие маркеров вирусной инфекции, старший или средний возраст пациентов (преобладают женщины), наличие системных проявлений - артриты, полисерозиты, тромбоцитопения, кожный васкулит; в сыворотке крови определяются антимитохондриальные антитела, высокий титр ревматоидного фактора, γ-глобулинов, при гистологическом исследовании определяется интенсивная пролиферация эпителия желчных протоков, отмечается значительное повышение щелочной фосфатазы наряду с умеренным повышением трансаминаз.</p>
ПК-1,2	22	<p>Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с аутоиммунным гепатитом:</p> <p>1. кортикостероиды + интерферон;</p> <p>2. цитостатики + интерферон;</p> <p>3. кортикостериды + цитостатики;</p> <p>4. урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды.</p>
ПК 1,2	23	<p>Наиболее типичным сочетанием, характеризующим гепатоцеллюлярную карциному, является:</p> <p>1. прогрессирующее похудание, желтуха, лихорадка, асцит, диарея, боли в правом подреберье, значительно увеличенная печень, повышенные значения СЕА-19 в сыворотке крови;</p> <p>2. прогрессирующее похудание, желтуха, лихорадка, асцит, боли в правом подреберье, значительно увеличенная печень, повышенные значения α-FP в сыворотке крови.</p>
ПК 1,2	24	<p>Что, кроме цирроза печени, наиболее часто присутствует в клинической картине у больных с врожденным дефицитом α1-антитрипсина?</p> <p>1. остеомаляция, патологические переломы;</p> <p>2. нарушение фертильности;</p> <p>3. хроническое рецидивирующее поражение легких с развитием</p>

		дыхательной недостаточности; 4. прогрессирующая энцефалопатия
ПК 1,2	25	Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с первичным билиарным циррозом печени: 1. кортикостероиды + интерферон; 2. цитостатики + интерферон; 3. кортикостероиды + цитостатики; 4. урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды; 5. урсодезоксихолевая кислота + метатрексат.

Ключ к тестовым заданиям

№ тестового задания с вариантом правильного ответа	1)-1	2)-1	3)-5	4)-4	5)-5	6)-1	7)-2	8)-1	9)-2	10)-1
	11)-3	12)-3	13)-2	14)-3	15)-5	16)-2	17)-4	18)-3	19)-3	20)-4
	21)-1	22)-3	23)-2	24)-3	25)-5					

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ К ГИА

1. Клинико-лабораторные критерии диагностики кишечных инфекций
2. Диагностика и дифференциальная диагностика капельных инфекций
3. Современные трансмиссивные инфекции
4. Социально-обусловленные инфекции. Клинико-лабораторные критерии вирусных гепатитов.
5. ВИЧ-инфекция. Клинико-эпидемиологическая характеристика. Диагностика. Лечение. Оппортунистические заболевания.
6. Диагностика экзотических и особо опасных инфекций. Карантинные инфекции.
7. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с менингеальным синдромом.
8. Критические состояния в инфектологии. Неотложная помощь.
9. Трудности и ошибки в диагностике инфекционных болезней
10. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом экзантемы и энантемы.
11. Ранняя и дифференциальная диагностика острых лихорадочных заболеваний (брюшной тиф, сыпной тиф, ГЛПС, бруцеллез, малярия, сепсис, кандидоз). Диагностический поиск при лихорадке неясного генеза.
12. Ранняя и дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с поражением зева (ангины, дифтерия, скарлатина, туляремия, кандидоз) и лимфоаденопатиями (инфекционный мононуклеоз, туляремия, чума, ВИЧ-инфекция, лимфогранулематоз, токсоплазмоз).
13. Ранняя и дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом желтухи.
14. Ранняя и дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с диарейным синдромом.
15. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом пневмонии в клинике инфекционных болезней.
16. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с

- поражением глаз.
17. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с поражением опорно-двигательной системы.
 18. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с геморрагическим синдромом.
 19. Природно-очаговые инфекции.
 20. Герпетическая инфекция.
 21. Организация амбулаторной помощи инфекционным больным

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ ГИА

1. Экономическая оценка ущерба, наносимого инфекционными болезнями, эффективности противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий.
2. Брюшной тиф и паратифы. Этиология – формы возбудителя и их значение в патогенезе болезни. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Начальные признаки болезни. Симптомы разгара болезни. Изменения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной систем. Характер сыпи, сроки ее появления. Картина крови. Типы температурных кривых. Осложнения болезни. Ранние признаки осложнений. Рецидивы. Особенности течения брюшного тифа у привитых.
3. Острая почечная недостаточность. Преренальная, ренальная, постренальная. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Принципы и методы диагностики инфекционных болезней и лечение инфекционных больных. Методологические основы диагноза. Клинические, эпидемиологические, инструментальные, лабораторные (микробиологические, вирусологические и т. п.) методы диагностики и их клиническая интерпретация. Система адаптации организма (на молекулярном, клеточном, органном и организменном уровнях).
5. Сальмонеллез. Этиологическая структура и ее особенности в нашей стране. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Клиника. Особенности течения сальмонеллеза, вызванного «госпитальным» штаммом у детей. Диагноз, дифференциальный диагноз, методы лабораторного подтверждения диагноза. Лечение.
6. Значение гемостаза в патогенезе инфекционных болезней. ДВС-синдром. Принципы коррекции нарушений в системе гемостаза. Лекарственные препараты, применяемые в терапии этих нарушений.
7. Связь алкоголизма и наркомании с заболеваемостью и тяжестью течения инфекционных болезней. Вклад отечественных и зарубежных ученых в разработку проблем патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики инфекционных болезней. Состояние заболеваемости инфекционными болезнями в мире.
8. Дизентерия. Этиология. Классификация возбудителей дизентерии. Эпидемиология. Патогенез. Патологоанатомические изменения в кишечнике. Клиника. Симптомы разгара болезни. Клиническая классификация. Течение болезни. Особенности клинического течения болезни в зависимости от вида возбудителя у взрослых и детей раннего возраста. Хроническая дизентерия. Диагноз. Методы лабораторного и инструментального подтверждения диагноза. Эндоскопические методы исследования при дизентерии. Дифференциальный диагноз.
9. Острая дыхательная недостаточность. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Закономерности течения инфекционных болезней. Суть понятий «инфекция», «инфекционный процесс», «инфекционная болезнь». Типы инфекционного процесса.

11.Холера. Этиология. Биотипы возбудителя. Важнейшие биологические свойства возбудителей.

Эндемические очаги холеры в мире. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Нарушение водно-электролитного баланса. Клиника.

Клиническая классификация. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Метод ускоренной лабораторной диагностики болезни. Лечение. Роль патогенетической терапии.

Этиотропная терапия. Осложнения. Исходы. Правила выписки переболевших холерой.

12.Кома. Клиника. Диагноз. Общие принципы лечения и ухода. Печеночная кома, гипоксическая, диабетическая комы.

13.Характеристика различного рода возбудителей (простейшие, бактерии, спирохеты, риккетсии, вирусы, грибки, прионы), особенности их патогенного действия, понятие о токсинах.

14.Грипп. Международный контроль и прогнозирование эпидемий. Этиология.

Изменчивость антигенной структуры вирусов гриппа. Патологическая анатомия.

Клиническая характеристика неосложненного гриппа. Дифференциальный диагноз.

Осложнения. Лабораторная диагностика. Методы экспресс-диагностики. Лечение гриппа и его осложнений. Режим и уход за больным. Принципы интенсивной терапии при тяжелых формах гриппа. Профилактическая ценность вакцин, сывороток, препаратов интерферона. Организация противоэпидемических мероприятий в поликлинике и на участке.

15.Шок. Понятие. Виды шоков (геморрагический, кардиогенный, анафилактический, инфекционно-токсический). Принципы терапии разных видов шоков.

16.Специфическая иммунологическая реактивность. Факторы гуморального и клеточного иммунитета; местный иммунитет. Иммунодефицитные состояния. Вторичная недостаточность иммунной системы. Ее причины и диагностика. Аллергия и аллергические болезни.

Аутоиммунные заболевания. Характеристика антиинфекционного иммунитета.

17.Геморрагические лихорадки.

Общая характеристика болезней, объединенных термином «геморрагические лихорадки».

Геморрагический нефрозо-нефрит (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом).

Этиология. Эпидемиология. Ареал распространения. Патогенез и патологическая анатомия.

Клиника. Осложнения. Особенности периода реконвалесценции. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

18.Острая сердечная недостаточность. Понятие. Острая левожелудочковая, острая правожелудочковая, тотальная сердечная недостаточность. Принципы терапии.

19.Клинические и эпидемиологические показания для госпитализации инфекционных больных. Особенности выявления и транспортировки инфекционных больных. Устройство и режим инфекционных больниц и отделений. Госпитальные инфекции и их предупреждение.

20.Вирусные гепатиты. Этиологическая структура. Клинико-лабораторные особенности вирусных гепатитов А, В, С, D, E, G, TTV. Пути их передачи, методы профилактики.

21.Клинико-патогенетическое значение нарушений микроциркуляции при инфекционных болезнях. Принципы коррекции и лечения микроциркуляторных нарушений.

22.Неспецифическая резистентность, ее связь с иммунитетом и роль в патогенезе инфекционных болезней, значение в инфекционной патологии системы комплимента.

23.Вирусный гепатит С. Этиология. Эпидемиология. Клиническая картина. Исходы. Гепатоцеллюлярная карцинома. Факторы, способствующие прогрессированию болезни. Сочетание хронического ВГС и ВИЧ-инфекции.

24.Основные принципы комплексного лечения инфекционных больных.

25.Специфическая профилактика инфекционных болезней. Средства для создания пассивного иммунитета. Показания и противопоказания к их применению, способы введения в организм.

- Осложнения. Календарь прививок. Понятие о «холодовой цепи».
26. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Стадии заболевания. Клиника. Диагностика. Профилактика. Принципы
27. Роль ферментных систем, аденилатциклазной системы и простагландинов в патогенезе инфекционных болезней.
28. Биотерроризм. Использование возбудителей инфекционных заболеваний для целей биотерроризма.
29. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Особенности клиники у больных ВИЧ-инфекцией.
30. Медленные инфекции. Основное понятие. Этиологическая структура. Особенности клинического течения. Лечение.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Список рекомендуемой литературы

Основная

1. Аликеева Г.К., Инфекционные болезни : учебник / Аликеева Г. К. и др.; Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3621-9 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436219.html>
2. Покровский В.И., Инфекционные болезни и эпидемиология : учебник / Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-1652-5 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416525.html>

Дополнительная

1. Учайкин В.Ф., Инфекционные болезни. Атлас : руководство / Учайкин В.Ф., Харламова Ф.С., Шамшева О.В., Полеско И.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-1810-9 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418109.html>
2. Кусельман, А. И. Герпесвирусные инфекции у детей : руководство для врачей / А. И. Кусельман, И. Л. Соловьева, А. П. Черданцев ; под ред. А. И. Кусельмана; ИМЭиФК. - Ульяновск : УлГУ, 2017. Калюжин, О.В. Острые респираторные вирусные инфекции. – МИА. – 2014. URL[^] ftp://10.2.96.134/Text/Kuselman_2017.pdf
3. Ющук Н.Д., ГЕРПЕСВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ / Н.Д. Ющук, Т.К. Кускова, М.Г. Кулагина, Ю.Я. Венгеров, Я.М. Ерёмушкина, Е.Г. Белова, В.И. Шахгильдян - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/970410004V0086.html>
4. Хрянин А.А., ВИЧ-инфекция в терапевтической практике / Хрянин А.А., Решетников О.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 88 с. - ISBN 978-5-9704-4735-2 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447352.html>
5. Ющук Н.Д., Эпидемиология инфекционных болезней : учебное пособие / Ющук Н.Д. и др. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-3776-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437766.html>

Учебно-методическая литература

1. Соловьева, И. Л. Ротавирусная инфекция у детей [Электронный ресурс] : электрон. учеб. курс : учеб.-метод. пособие для мед. вузов / И. Л. Соловьева, С. В. Усанова, С. А. Китаева. - Электрон. текстовые дан. - Ульяновск : УлГУ, 2011. URL[^] <http://edu.ulsu.ru/courses/283/interface/>

2. Ильмухина Л. В. Малярия [Электронный ресурс] : электрон. учеб. курс / Ильмухина Лариса Владимировна ; УлГУ. - Электрон. текстовые дан. - Ульяновск : УлГУ, 2014.
URL^ <http://edu.ulsu.ru/courses/561/interface/>

Программное обеспечение

в) Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы:

1. Электронно-библиотечные системы:

- 1.1. Цифровой образовательный ресурс IPRsmart : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа». - Саратов, [2022]. – URL: <http://www.iprbookshop.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.
- 1.2. Образовательная платформа ЮРАЙТ : образовательный ресурс, электронная библиотека : сайт / ООО Электронное издательство ЮРАЙТ. – Москва, [2022]. - URL: <https://urait.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.
- 1.3. База данных «Электронная библиотека технического ВУЗа (ЭБС «Консультант студента») : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Политехресурс. – Москва, [2022]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/cgi-bin/mb4x>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.
- 1.4. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : база данных : сайт / ООО Высшая школа организации и управления здравоохранением-Комплексный медицинский консалтинг. – Москва, [2022]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.
- 1.5. Большая медицинская библиотека : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Букап. – Томск, [2022]. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/library/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.
- 1.6. ЭБС Лань : электронно-библиотечная система : сайт / ООО ЭБС Лань. – Санкт-Петербург, [2022]. – URL: <https://e.lanbook.com>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.
- 1.7. ЭБС Znanium.com : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Знаниум. - Москва, [2022]. - URL: <http://znanium.com>. – Режим доступа : для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.
- 1.8. Clinical Collection : научно-информационная база данных EBSCO // EBSCOhost : [портал]. – URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=1&sid=9f57a3e1-1191-414b-8763-e97828f9f7e1%40sessionmgr102>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.
- 1.9. База данных «Русский как иностранный» : электронно-образовательный ресурс для иностранных студентов : сайт / ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа». – Саратов, [2022]. – URL: <https://ros-edu.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.
2. **КонсультантПлюс** [Электронный ресурс]: справочная правовая система. /ООО «Консультант Плюс» - Электрон. дан. - Москва : КонсультантПлюс, [2022].
3. **Базы данных периодических изданий:**
 - 3.1. База данных периодических изданий EastView : электронные журналы / ООО ИВИС. - Москва, [2022]. – URL: <https://dlib.eastview.com/browse/udb/12>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.
 - 3.2. eLIBRARY.RU: научная электронная библиотека : сайт / ООО Научная Электронная Библиотека. – Москва, [2022]. – URL: <http://elibrary.ru>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный
 - 3.3. Электронная библиотека «Издательского дома «Гребенников» (Grebinnikon) : электронная библиотека / ООО ИД Гребенников. – Москва, [2022]. – URL: <https://id2.action-media.ru/Personal/Products>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

4. **Федеральная государственная информационная система «Национальная электронная библиотека»** : электронная библиотека : сайт / ФГБУ РГБ. – Москва, [2022]. – URL: <https://нэб.рф>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.
5. **SMART Imagebase** : научно-информационная база данных EBSCO // EBSCOhost : [портал]. – URL: <https://ebSCO.smartimagebase.com/?TOKEN=EBSCO-1a2ff8c55aa76d8229047223a7d6dc9c&custid=s6895741>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Изображение : электронные.
6. **Федеральные информационно-образовательные порталы:**
- 6.1. Единое окно доступа к образовательным ресурсам : федеральный портал . – URL: <http://window.edu.ru/>. – Текст : электронный.
- 6.2. Российское образование : федеральный портал / учредитель ФГАУ «ФИЦТО». – URL: <http://www.edu.ru>. – Текст : электронный.
7. **Образовательные ресурсы УлГУ:**
- 7.1. Электронная библиотечная система УлГУ : модуль «Электронная библиотека» АБИС Мега-ПРО / ООО «Дата Экспресс». – URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Web>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.