


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра факультетской терапии**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки
31.05.01 Лечебное дело
_____/Г.П.Никулина/
« ____ » _____ 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой факультетской терапии

_____/М.Е.Евсеева/
« ____ » _____ 2025 г.

Фонд оценочных средств по производственной практике

Наименование дисциплины	Практика терапевтического профиля, помощник врача терапевта
Направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (специализация)	Медицинская и организационно-управленческая деятельность врача-лечебника
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
ПК-1	Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи
ПК-4	Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ОПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ОПК-7	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов

	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		200 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	ОПК-4	<p>1. Диагноз «скрытой» АД определяется уровнями _____ мм рт. ст.:</p> <p>А. «Офисного» АД >160-170/100 мм рт. ст. и дневного амбулаторного АД >135/85;</p> <p>Б. Дневного амбулаторного АД >135/85 и «офисного АД» <140/90;</p> <p>В. Среднесуточного амбулаторного АД <130/80 и повышенного «офисного» АД;</p> <p>Г. Эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД >135/85</p> <p>2. Признаком ГЛЖ согласно индексу Соколова-Лайона является:</p> <p>А. $RI > 11$ мм;</p> <p>Б. $SV1+RV5/V6 > 38$ мм;</p> <p>В. $RI + SIII > 25$ мм ;</p> <p>Г. $R/S < 1$ в V1.</p> <p>3. Нижний инфаркт миокарда регистрируется в отведениях:</p> <p>А. I, AVL, V6 ;</p> <p>Б. II, III, AVF ;</p> <p>В. V3-V4;</p> <p>Г. V1-V6, AVL, I.</p> <p>4. Характерными внешними проявлениями атеросклероза являются все, КРОМЕ:</p> <p>А. Множественных ксантом;</p> <p>Б. Раннего поседеия;</p> <p>В. Синильного кольца вокруг радужки;</p> <p>Г. Анизокории.</p> <p>5. При суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии на ЭКГ:</p> <p>А. Зубец Р уширен;</p> <p>Б. Зубец Р заострен;</p> <p>В. Желудочковые комплексы узкие, недеформированные;</p> <p>Г. Желудочковые комплексы уширены.</p>	<p>Б</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>Г</p> <p>В</p>

		<p>6. II b тип гиперлипидемии по классификации ВОЗ характеризуется повышением в плазме крови:</p> <p>А. ЛП(a); Б. ЛПНП и ЛПОНП; В. ЛПНП; Г. ЛПОНП.</p> <p>7. В диагностике эрозивной формы ГЭРБ «золотым стандартом» является:</p> <p>А. определение <i>Helicobacter pylori</i> Б. суточный мониторинг рН в пищеводе и желудке + эзофагогастроскопия В. анализ кала на скрытую кровь Г. рентгеноскопия пищевода и желудка</p> <p>8. Выберите исследование, которое нужно выполнить для определения состояния нижнего пищеводного сфинктера:</p> <p>А. манометрию пищевода Б. тест Берштейна В. суточную рН-метрию пищевода; Г. Эзофагогастродуоденоскопию</p> <p>9. Для эпигастрального болевого синдрома характерно:</p> <p>А. вздутие живота Б. боли в эпигастрии В. чувство тяжести в эпигастрии Г. дискомфорт в подложечной области.</p> <p>10. К признакам хронического атрофического гастрита относят:</p> <p>А. выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время Б. изжогу, рвоту кислым содержимым; В. наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови; Г. появление прожилок крови в кале</p> <p>11. Боли при ГЭРБ наиболее часто иррадируют:</p> <p>А. в область сердца; Б. в левое плечо, лопатку, ключицу; В. в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть; Г. в правое плечо, лопатку, ключицу</p> <p>12. Эндоскопическое исследование позволяет выявить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь в форме:</p> <p>А. диффузного эзофагоспазма; Б. гастроэзофагеального рефлюкса с эзофагитом; В. кандидозного эзофагита; Г. синдрома Мэллори-Вейса</p> <p>13. К аускультативным признакам, характерным для бронхиальной астмы относят:</p> <p>А. сухие хрипы на вдохе; Б. сухие хрипы на выдохе; В. влажные хрипы; Г. крепитация.</p>	<p>Б</p> <p>Б</p> <p>А</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>А</p>
--	--	---	--

		<p>14. Характерными изменениями спирографических показателей при обострении бронхиальной астмы является:</p> <p>А. снижение скорости форсированного выдоха за первую секунду; Б. снижение форсированной жизненной емкости легких; В. увеличение индекса Тиффно; Г. снижение мощности вдоха.</p> <p>15. Для бронхиальной астмы характерно наличие:</p> <p>А. крепитации; Б. тупого звука под лопатками; В. бронхиального дыхания; Г. удлинённого выдоха.</p> <p>16. Для бронхиальной астмы справедливо следующее утверждение:</p> <p>А. улучшение симптомов ночью и рано утром; Б. купирование симптомов при физической нагрузке, воздействии аллергенов и холодного воздуха; В. купирование симптомов после приема бета-блокаторов; Г. наличие атопических заболеваний в анамнезе.</p> <p>17. «Золотым стандартом» диагностики и оценки ХОБЛ является:</p> <p>А. бронхоскопия; Б. компьютерная томография; В. спирометрия; Г. пикфлоуметрия.</p> <p>18. Основным методом диагностики ХОБЛ является:</p> <p>А. рентгенография грудной клетки; Б. бронхоскопическое исследование; В. анализ мокроты; Г. исследование функции внешнего дыхания.</p> <p>19. Острый гломерулонефрит - это поражение клубочков:</p> <p>А. Иммунокомплексное; Б. Аутоиммунное; В. Бактериальное; Г. Вирусное;</p> <p>20. Преднефритический период острого гломерулонефрита проявляется:</p> <p>А. Общей слабостью; Б. Жаждой; В. Олигурией; Г. Все ответы верны;</p> <p>21. Титр антистрептолизина при остром гломерулонефрите максимально повышен:</p> <p>А. В первые 3 недели заболевания; Б. В первые 6 месяцев; В. В течение года; Г. В течение 2-х лет;</p> <p>22. Острый гломерулонефрит – острое иммуновоспалительное, иммунокомплексное</p>	<p>Г</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>А</p> <p>Г</p> <p>А</p> <p>В</p>
--	--	---	---

		<p>заболевание почек с преимущественным поражением:</p> <p>А. Интерстиции; Б. Канальцев; В. Клубочков; Г. Все ответы верны;</p> <p>23. Варианты течения острого гломерулонефрита:</p> <p>А. Циклический; Б. Моносимптомный; В. Нефротический; Г. Все ответы верны;</p> <p>24. Патогенез лейкоцитурии при остром гломерулонефрите:</p> <p>А. Пиелит; Б. Цистит; В. Интрагломерулярная и мезангиальная инфильтрация лейкоцитами; Г. Все ответы верны.</p> <p>25. Койлонихии – это:</p> <p>А. ломкость ногтей; Б. выпуклость ногтей в виде часовых стекол; В. ложкообразные вдавления ногтей; Г. поперечная исчерченность ногтей.</p> <p>26. Доказательным критерием диагностики железодефицитной анемии является:</p> <p>А. анизоцитоз и анизохромия; Б. снижение уровня сывороточного железа; В. снижение общей железосвязывающей способности сыворотки; Г. повышение содержания ферритина в сыворотке</p> <p>27. Показателем, отражающим размер эритроцита, в общем анализе крови является:</p> <p>А. MCV; Б. MCH; В. MCHC; Г. RDW.</p> <p>28. Положительная динамика красной крови под влиянием терапии препаратами железа раньше всего проявляется увеличением:</p> <p>А. цветового показателя; Б. количества ретикулоцитов; В. количества эритроцитов; Г. уровня гемоглобина</p> <p>29. Показанием для парентерального введения препаратов железа является:</p> <p>А. язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии; Б. синдром мальдигестии; В. повторная беременность; Г. планируемое оперативное лечение миомы матки</p> <p>30. На стадии латентного дефицита железа может выявляться:</p> <p>А. снижение уровня гемоглобина; Б. снижение гематокрита;</p>	<p>Г</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>А</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p>
--	--	---	---

	В. снижение сывороточного железа; Г. Ретикулоцитоз	
2.	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Установите правильную последовательность диагностических мероприятий при подозрении на острый инфаркт миокарда:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Определение тропонинов 2) Регистрация ЭКГ 3) Оценка жалоб и анамнеза 4) Эхокардиография <p>Установите правильную последовательность обследования пациента с подозрением на анемию:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Исследование уровня ферритина 2) Общий анализ крови 3) Подсчёт ретикулоцитов <p>Биохимический анализ крови</p>	<p>3 → 2 → 1 → 4</p> <p>2 → 3 → 4 → 1</p>
3.	<p>Прочитайте текст и продолжите предложение</p> <p>1. Метод визуализации, который позволяет оценить толщину комплекса «интима -медиа» сонных артерий и выявить ранние признаки атеросклероза называется _____</p> <p>2. Остро развившаяся блокада левой ножки пучка Гиса эквивалентна _____</p>	<p>УЗИ сонных артерий (ДС БЦА)</p> <p>ОКСпСТ</p>
4.	<p>Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ</p> <p>1. Женщина 55 лет на приеме у врача терапевта поликлиники</p> <p>Жалобы на повышение АД до 170 мм рт.ст., головные боли, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания. Впервые отметила повышение АД 5 лет назад, после сильного психоэмоционального напряжения (стресс на работе). По назначению врача принимала гипотензивные препараты (индапамид+периндоприл), но последние 3 месяца указанную терапию не получала (отменила самостоятельно).</p> <p>Анамнез жизни. Работает бухгалтером на заводе, не курит, алкоголь не употребляет. Отец умер от инфаркта миокарда в 58 лет.</p> <p>Объективный статус: Сознание ясное, общее состояние удовлетворительно. Кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 162, вес 85 кг, ИМТ 33 кг/м², окружность талии 90 см. Правая граница относительной сердечной тупости + 1 см от правого края грудины, левая граница - по левой среднеключичной линии, верхняя граница -на уровне III ребра. ЧСС 78 в 1 минуту, АД 170/100 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков не выявлено.</p> <p>Липидограмма:</p>	<p>Клинический диагноз ГБ II стадии, целевой уровень АД не достигнут, Дислипидемия (тип IIb по Фредриксону). Ожирение I степени (абдоминальный тип). риск ССО 4 (очень высокий).</p> <p>Лабораторные исследования: Глюкоза плазмы натощак; Креатинин и расчет СКФ (скорость клубочковой фильтрации) Уровень мочевой кислоты; Определение уровня калия и натрия Инструментальные исследования: ЭКГ, ЭХО КГ, УЗДГ (УЗИ) сонных артерий. Осмотр глазного дна окулистом; СМАД</p>

	<p>Холестерин 7,8 ммоль/л, ЛПНП 4,9 ммоль/л, ЛПВП 0,7 ммоль/л, ТГ 2,5 ммоль/л Анализ мочи на МАУ (+)</p> <p>1. Сформулируйте клинический диагноз 2. Составьте план дополнительного обследования</p> <p>2. Мужчина 59 лет, менеджер, обратился к врачу-терапевту с жалобами на давящие боли за грудиной, длительностью от 2 до 5 минут, возникающие при подъёме по лестнице на 2-3 этаж. Боли периодически отдают в левую руку, купируются Нитроглицерином в течение 2-3 минут. Потребность в Нитроглицерине 3-4 раза в день.</p> <p>Из анамнеза известно, что болен около года. К врачу не обращался, Нитроглицерин принимал по рекомендации знакомого. Семейный анамнез: мать умерла в 64 года, ОНМК, страдала АГ; отец – умер в 50 лет, ИМ.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 30,44 кг/м². ОТ – 102 см. В лёгких – дыхание везикулярное. ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум на аорте. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.</p> <p>В анализах: глюкоза натощак – 4,6 ммоль/л ОХС – 6,6 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте план дополнительного обследования пациента.</p> <p>3. Пациент 38 лет предъявляет жалобы на ощущение жжения за грудиной, распространяющееся вверх, вплоть до шеи, почти ежедневно. Отмечает периодическую отрыжку, кислый вкус во рту.</p> <p>Болен около 1 года, когда начал замечать подобные жалобы. Соблюдал диету, к врачу не обращался. Однако состояние не улучшалось.</p> <p>Длительное время курит по 1 пачке в день.</p> <p>Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Периферических отеков нет. Сердце и легкие без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Предположите наиболее вероятный диагноз 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента</p>	<p>1. ИБС: Стенокардия напряжения стабильная, II ФК. Гипертоническая болезнь II стадии. Достижение целевого АД. Дислипидемия. Ожирение I степени (абдоминальный тип). Риск 4 (очень высокий).</p> <p>2. Лабораторная диагностика: ОАК, ОАМ с определением МАУ, БАК (креатинин с расчетом СКФ, АЛТ, АСТ, мочевая кислота); Инструментальная диагностика ЭКГ в покое, ЭХО КГ, Нагрузочные тесты (Тредмил-тест или ВЭМ): для объективного подтверждения ИБС и уточнения функционального класса., ХМ ЭКГ, Коронароангиография</p> <p>1. ГЭРБ 2. Инструментальные методы 1. ФЭГДС) — обязательный метод 2. Суточная рН-метрия пищевода (золотой стандарт) 3. Манометрия пищевода (по показаниям) Лабораторные исследования 1. ОАК (исключение анемии) 2. Общетеραπεvтический биохимический минимум (об белок, билирубин и фракции, АлТ, АсТ, креатинин)</p>
--	--	--

5.	ОПК-7	<p>1. При гиперхолестеринемии применяется:</p> <p>А. Аторвастатин; Б. Эналаприл; В. Торасемид; Г. Ацетилсалициловая кислота.</p> <p>2. К тромболитическим препаратам относят:</p> <p>А. Бивалирудин; Б. Фондапаринукс; В. Тенектеплазу; Г. Эноксапарин</p> <p>3. Лечение артериальной гипертензии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента противопоказано при:</p> <p>А. Поликистозе почек; Б. Диабетической нефропатии; В. Бронхиальной астме; Г. Двустороннем стенозе почечных артерий</p> <p>4. Абсолютным противопоказанием к назначению бета- адреноблокаторов служит:</p> <p>А. Хроническая обструктивная болезнь легких; Б. Бронхиальная астма; В. Атеросклероз сосудов нижних конечностей; Г. Атриовентрикулярная блокада I степени.</p> <p>5. При частой предсердной экстрасистолии может назначаться:</p> <p>А. Лидокаин; Б. Амлодипин; В. Верапамил; Г. Гипотиазид.</p> <p>6. При применении какого (их) препарата(ов) может увеличиться ЧСС:</p> <p>А. Дилтиазем; Б. Ивабрадин; В. Фенотерол; Г. Дигоксин.</p> <p>7. При постпрандиальном дистресс-синдроме применяются:</p> <p>А. альмагель Б. лоперамид В. мотилиум Г. Фамотидин</p> <p>8. Для лечения пациентов со смешанным вариантом СФД целесообразно назначить:</p> <p>А. прокинетики+ингибиторы протонного насоса Б. антациды+прокинетики В. антациды+спазмолитики; Г. эрадикационную терапию</p> <p>9. Рекомендуемой дозировкой лекарственных препаратов стандартной</p>	<p>А</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>А</p> <p>Г</p>
----	-------	---	--

		<p>схемы лечения язвенной болезни, ассоциированной с helicobacter pylori, является:</p> <p>А. омепразол 20 мг в сутки+ метронидазол 1000 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки; Б. омепразол 40 мг в сутки+ метронидазол 1000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки; В. омепразол 20 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки; Г. омепразол 40 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки</p> <p>10. Лечение аутоиммунного гепатита проводят:</p> <p>А. противовирусной терапией; Б. кортикостероидами (иногда в комбинации с цитостатиками); В. категорическим отказом от алкоголя; Г. динамическим наблюдением.</p> <p>11. Омепразол относится к группе препаратов:</p> <p>А. блокаторы гистаминовых H1-рецепторов; Б. блокаторы гистаминовых H2-рецепторов; В. блокаторы протонного насоса; Г. М-холиноблокаторы</p> <p>12. Для лечения тяжелого алкогольного гепатита преднизолон назначают в дозе 40 мг/сут:</p> <p>А. перорально; Б. внутривенно; В. внутримышечно; Г. в микроклизмах.</p> <p>13. Противовоспалительными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются:</p> <p>А. ингаляционные глюкокортикостероиды; Б. b2-агонисты короткого действия; В. метилксантины; Г. М-холинолитики.</p> <p>14. Лечение больных интермиттирующей бронхиальной астмой включает:</p> <p>А. ежедневное введение противовоспалительных препаратов; Б. ингаляции b2-агонистов короткого действия по потребности; В. бронходилататоры пролонгированного действия; Г. применение системных глюкокортикостероидов</p> <p>15. Для купирования легкого приступа бронхиальной астмы предпочтительно введение:</p> <p>А. эуфиллина внутривенно; Б. симпатомиметиков через небулайзер; В. интала через спейсер;</p>	<p>Б</p> <p>В</p> <p>А</p> <p>А</p> <p>Б</p> <p>Б</p>
--	--	---	---

		<p>Г. глюкокортикостероидов внутривенно.</p> <p>16. К побочным эффектам глюкокортикостероидов системного действия относятся:</p> <p>А. снижение АД; Б. остеопороз; В. снижение сахара крови; Г. похудание.</p> <p>17. Среди β2-агонистов пролонгированным действием обладает:</p> <p>А. сальбутамол; Б. беротек; В. сальметерол; Г. вентолин.</p> <p>18. Атровент при ХОБЛ назначают по _____ раза в день:</p> <p>А. 2 ингаляции 2; Б. 3 ингаляции 2; В. 2 ингаляции 4; Г. 1 ингаляция 4.</p> <p>19. Какая группа препаратов способствует снижению внутриклубочковой гипертензии при ХГН:</p> <p>А. α-адреноблокаторы; Б. β-адреноблокаторы; В. ингибиторы АПФ; Г. Антагонисты Са.</p> <p>20. Патогенетическая терапия хронического гломерулонефрита проводится всеми препаратами, КРОМЕ::</p> <p>А. Педнизолон; Б. Циклофосфана; В. Азатиоприна; Г. Нифедипина.</p> <p>21. Побочные эффекты при терапии препаратами железа включают:</p> <p>А. экстрасистолию, головную боль; Б. тошноту, рвоту, боли в эпигастрии, понос, запоры; В. боли в области сердца; Г. потерю сознания, тахикардию</p> <p>22. При лечении ЖДА показано сочетание приема препаратов железа с:</p> <p>А. аскорбиновой кислотой; Б. витаминами группы В; В. хлористоводородной кислотой; Г. ни с одним из препаратов</p> <p>23. К лекарственным препаратам для лечения железодефицитной анемии не относятся:</p> <p>А. каферид, Б. фенюльс; В. тардиферон; Г. Виферон</p> <p>24. Для перорального применения при ЖДА не</p>	<p>Б</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>А</p> <p>Г</p> <p>Г</p>
--	--	---	--

	<p>используется:</p> <p>А. сорбифер-дурулес; Б. фенюльс; В. феррокаль; Г. Венофер</p> <p>25. Показанием для парентерального введения препаратов железа является:</p> <p>А. язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии; Б. синдром мальдигестии; В. повторная беременность; Г. планируемое оперативное лечение миомы матки</p> <p>26. При назначении препаратов железа у больных с ЖДА оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня _____ недели терапии:</p> <p>А. ретикулоцитов к концу 1-ой; Б. ретикулоцитов к концу 2-ой; В. гемоглобина к концу 1-ой; Г. гемоглобина к концу 2-й</p> <p>27. Препаратом трехвалентного железа является:</p> <p>А. мальтофер; Б. сорбифер; В. ферретаб; Г. Тотема</p> <p>28. Первый этап лечения железодефицитной анемии предусматривает назначение препаратов железа (в пересчете на трехвалентное) в дозе _____ мг:</p> <p>А. 50-100; Б. 100-150; В. 200-300; Г. 500-1000.</p> <p>29. Длительность лечения железодефицитной анемии у пожилых пациентов будет составлять:</p> <p>А. 2 недели; Б. 1 месяц; В. 2 – 3 месяца; Г. 3 – 4 месяца</p> <p>30. В лечении железодефицитной анемии главным является применение:</p> <p>А. мясной диеты; Б. таблетированных препаратов железа; В. гемотрансфузий; Г. парентеральных препаратов железа.</p>	<p>Б</p> <p>А</p> <p>А</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>Б</p>								
6.	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между заболеванием и основной группой препаратов для лечения:</p> <table border="1" data-bbox="462 1870 1260 2072"> <tr> <td>1. ГБ</td> <td>А. β-блокаторы</td> </tr> <tr> <td>2. ИБС</td> <td>Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды</td> </tr> <tr> <td>3. БА</td> <td>В. Ингибиторы АПФ/сартаны</td> </tr> <tr> <td>4. ХОБЛ</td> <td>Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)</td> </tr> </table>	1. ГБ	А. β-блокаторы	2. ИБС	Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды	3. БА	В. Ингибиторы АПФ/сартаны	4. ХОБЛ	Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)	<p>1–В, 2–А, 3–Б, 4–Г</p>
1. ГБ	А. β-блокаторы									
2. ИБС	Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды									
3. БА	В. Ингибиторы АПФ/сартаны									
4. ХОБЛ	Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)									

	<p>2.Соотнесите заболевание и ключевой немедикаментозный метод лечения:</p> <table border="1" data-bbox="464 248 1211 495"> <tr> <td>1. ХСН</td> <td>А. Ограничение соли и жидкости</td> </tr> <tr> <td>2. ГЭРБ</td> <td>Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика</td> </tr> <tr> <td>3. Хронический гастрит</td> <td>В. Диета с исключением раздражающих продуктов</td> </tr> <tr> <td>4. Пневмония</td> <td>Г. Постельный режим, обильное питьё</td> </tr> </table> <p>3. Соотнесите стадию ХОБЛ и рекомендуемую терапию:</p> <table border="1" data-bbox="464 557 1211 835"> <tr> <td>1.Лёгкая стадия</td> <td>А. Длительно действующие β_2-агонисты + антихолинергики</td> </tr> <tr> <td>2.Среднетяжёлая</td> <td>Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию</td> </tr> <tr> <td>3.Тяжёлая</td> <td>В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид</td> </tr> <tr> <td>4.Крайне тяжёлая</td> <td>Г. Кислородотерапия, реабилитация</td> </tr> </table>	1. ХСН	А. Ограничение соли и жидкости	2. ГЭРБ	Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика	3. Хронический гастрит	В. Диета с исключением раздражающих продуктов	4. Пневмония	Г. Постельный режим, обильное питьё	1.Лёгкая стадия	А. Длительно действующие β_2 -агонисты + антихолинергики	2.Среднетяжёлая	Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию	3.Тяжёлая	В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид	4.Крайне тяжёлая	Г. Кислородотерапия, реабилитация	<p>1–А, 2–В, 3–В, 4–Г</p> <p>1–Б, 2–А, 3–В, 4–Г</p>
1. ХСН	А. Ограничение соли и жидкости																	
2. ГЭРБ	Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика																	
3. Хронический гастрит	В. Диета с исключением раздражающих продуктов																	
4. Пневмония	Г. Постельный режим, обильное питьё																	
1.Лёгкая стадия	А. Длительно действующие β_2 -агонисты + антихолинергики																	
2.Среднетяжёлая	Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию																	
3.Тяжёлая	В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид																	
4.Крайне тяжёлая	Г. Кислородотерапия, реабилитация																	
7.	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Определите порядок действий при подозрении на ОКС: А. Назначение аспирина и клопидогреля Б. Регистрация ЭКГ В. Госпитализация в кардиологическое отделение Г. Обезболивание: морфин/нитраты при стенокардии</p> <p>2. Укажите последовательность терапии при обострении БА: А. Увеличение дозы ИГКС Б. Контроль пиковой скорости выдоха (ПСВ) В. Назначение системных ГКС (при тяжёлом обострении) Г. Использование β_2-агонистов короткого действия</p> <p>3. Распределите этапы лечения пневмонии: А. Коррекция терапии по результатам посева мокроты Б. Назначение эмпирической антибиотикотерапии В. Сбор анамнеза, физикальное обследование Г. Лабораторно-инструментальная диагностика (ОАК, рентгенография)</p> <p>4. Упорядочьте лечение язвенной болезни с <i>H. pylori</i>: А. Эрадикационная терапия (кларитромицин + амоксициллин + ИПП) Б. Подтверждение инфекции (дыхательный тест/биопсия) В. Поддерживающая терапия ИПП Г. Контроль эрадикации через 4–6 недель</p>	<p>Б → А → Г → В</p> <p>Б → Г → А → В</p> <p>В → Г → Б → А</p> <p>Б → А → Г → В</p>																
8.	<p>Прочитайте текст и дайте короткий ответ</p> <p>1. Антибактериальным препаратом, применяемым для коррекции избыточного бактериального роста в кишечнике при печеночной энцефалопатии, является: ___</p> <p>2. На какой показатель необходимо ориентироваться при лечении гепарином?</p> <p>3.Пациентам с ОКС без подъёма ST показана нагрузочная комбинированная антиагрегантная терапия в виде _____</p> <p>4. Как назначается двойная антитромбоцитарная терапия у пациентов с ОКС и язвенной болезнью желудка в</p>	<p>Рифаксимин</p> <p>АЧТВ</p> <p>АСК 250 мг + Клопидогрел 300мг</p> <p>назначается на фоне приема ИПП</p>																

		<p>анамнезе?</p> <p>5. Какое нарушение проводимости является противопоказанием для применения β-адреноблокаторов при инфаркте миокарда?</p>	<p>(например, рабепразола)</p> <p>AV-блокада II-III ст</p>
9.		<p>Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ</p> <p>1. Больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание “мушек” перед глазами, желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (8 дней) менструации. Объективно: температура 36,70С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Диагностирована железодефицитная анемия.</p> <p>Опередите лечебную тактику</p>	<p>Принципы лечения: режим общий, диета с повышенным содержанием железа, препараты железа внутрь, при непереносимости пероральных препаратов - парентеральное введение в стационаре. После нормализации уровня гемоглобина при обильных менструациях препараты железа назначают за 10 дней до и во время менструаций.</p> <p>Общие принципы лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначение лекарственных препаратов, поскольку возместив дефицит железа в организме иными способами невозможно; - использование преимущественно препаратов железа для перорального приема; - назначение препаратов железа в адекватных дозах, которые рассчитываются для каждого конкретного больного с учетом массы его тела и терапевтического плана лечения; - достаточная длительность курса лечения препаратами железа, составляющая при анемии легкой степени 3 мес, при анемии средней степени 4,5 мес и при тяжелой анемии 6 мес; - преодоление

		<p>2. Определите лечебную тактику пациента со следующим диагнозом: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит, 1 стадия, ассоциированный с Нр, стадия обострения.</p> <p>3. Определите лечебную тактику пациента со следующим диагнозом: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (язва луковицы двенадцатиперстной кишки 1,0 x 1,0 см), впервые выявленная, стадия обострения, Нр-ассоциированная. Гастродуоденит.</p>	<p>тканевой сидеропении и пополнение запасов железа в депо, что определяется по нормализации концентрации СФ; - необходимость контроля эффективности терапии препаратами железа.</p> <p>Основу лечения рефлюкс-эзофагита составляют ИПП и прокинетики. ИПП выбирается с учетом эффективности и безопасности.. С целью минимизации лекарственных взаимодействий возможно назначение пантопразола 40 мг/сут. В качестве прокинетического препарата целесообразно назначение итоприда гидрохлорида в дозе 50 мг x 3 p/сут во время приема пищи. Продолжительность комбинированной терапии в рамках курсового лечения для эзофагита 1 стадии составляет не менее 4 недель. В дальнейшем проводится противорецидивное лечение с применением ИПП в индивидуально подобранной дозе с решением вопроса о пролонгации терапии итопридом до 2 месяцев в случае сохранения диспептического симптомокомплекса</p> <p>Пациенту показано назначение эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции. Согласно Клиническим рекомендациям РГА</p>
--	--	--	---

		<p>5. Назначьте лечение больному с диагнозом: Нозокомиальный активный инфекционный эндокардит аортального клапана, подвижные вегетации аортального клапана, недостаточность аортального клапана 3 степени. Осложнения: ХСН I стадии, ФК1</p>	<p>по диагностике и лечению язвенной болезни, на старте терапии возможно применение схемы первой линии, включающей ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза/сут, кларитромицин 500 мг x 2 p/сут, амоксициллин 1000мг x 2 p/сут, продолжительность 14 суток с последующим приемом ингибитора протонной помпы до 1 месяца (омепразола — 20 мг/сут, лансопразола — 30 мг/сут, пантопразола — 40 мг/сут, рабепразола — 20 мг/сут, эзомепразола — 20 мг/сут). Оценка эффективности эрадикации спустя 4-6 недель после ее окончания проводится с использованием уреазного дыхательного теста или определения антигена Hp в кале. Контроль рубцевания проводится с частотой 1 раз в 2-4 недели.</p> <p>Основу лечения ИЭ составляют антибактериальные препараты. Антибиотики выбираются с учетом результатов антибиотикограммы при (+) гемокультуре или эмпирически на основании нозокомиального или неназокомиального развития заболевания. Пациентке целесообразно назначение эмпирической терапии нозокомиального инфекционного эндокардита: Ванкомицин 30</p>
--	--	---	---

			мг/кг/сутки внутривенно в 2 введения + Гентамицин 3 мг/кг/сутки внутривенно 1 введение.
10.	ПК-1	<p>1. Расслаивающая аневризма аорты клинически проявляется всеми симптомами, КРОМЕ:</p> <p>А. Внезапной сильной боли за грудиной; Б. Внезапной сильной боли в спине; В. Внезапной сильной боли в подложечной области; Г. Отеков нижних конечностей.</p> <p>2. Антиангинальной терапией острого инфаркта миокарда является:</p> <p>А. Фибринолитическая терапия; Б. Нейролептанальгезия; В. Антикоагулянтная терапия; Г. Терапия глюкокортикоидами.</p> <p>3. При фибрилляции предсердий у больных с тяжелой органической патологией сердца для восстановления синусового ритма рекомендуется использовать:</p> <p>А. Верапамил Б. Прокаинамид В. Амiodарон Г. Сердечные гликозиды</p> <p>4. Для купирования фибрилляции желудочков используют:</p> <p>А. Амiodарон; Б. Дигоксин; В. Дефибрилляцию; Г. Атропин.</p> <p>5. Остро развившаяся блокада левой ножки пучка гиса на фоне инфаркта миокарда эквивалентна:</p> <p>А. Острому инфаркту миокарда без подъема сегмента ST на ЭКГ; Б. Формированию острой аневризмы верхушки ЛЖ; В. Острой левожелудочковой недостаточности; Г. Подъему сегмента ST на ЭКГ.</p> <p>6. «Золотым стандартом» лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является:</p> <p>А. Проведение системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ; Б. Проведение системной тромболитической терапии; В. Проведение первичного ЧКВ в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом; Г. Проведение ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов.</p> <p>7. Восстановление синусового ритма без подготовки антикоагулянтами возможно при длительности фибрилляции предсердий менее:</p> <p>А. 7 суток; Б. 30 суток;</p>	Г
2.			Б
3.			В
4.			В
5.			Г

	<p>В. 12 часов; Г. 48 часов.</p> <p>8. При возникновении пароксизма устойчивой желудочковой тахикардии на фоне инфаркта миокарда показано:</p> <p>А. Проведение инфузии кордарона; Б. Незамедлительное проведение ЭИТ; В. Проведение инфузии лидокаина; Г. Назначение бета-адреноблокаторов.</p> <p>9. При остром им в сыворотке крови раньше других возрастает уровень активности:</p> <p>А. Миоглобина; Б. КФК; В. ЛДГ; Г. АсТ.</p> <p>10. Основным критерием успешной реперфузии после проведения системного тромболитика является:</p> <p>А. Купирование болевого синдрома; Б. Исчезновение признаков сердечной недостаточности; В. Снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного; Г. Восстановление АВ проводимости.</p> <p>11. Нагрузочная доза клопидогрела при остром коронарном синдроме составляет _____ мг:</p> <p>А. 75; Б. 150; В. 225; Г. 300.</p> <p>12. При возникновении острого приступа боли в эпигастриальной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начинать с:</p> <p>А. Зондирования желудка; Б. Рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта; В. ЭКГ; Г. Гастродуоденоскопии.</p> <p>13. Для инфаркта миокарда характерны следующие эхокардиографические признаки:</p> <p>А. Диффузный гиперкинез; Б. Локальный гипокинез; В. Диффузный гипокинез; Г. Локальный гиперкинез.</p> <p>14. При расслоении аорты на фоне АГ показаны прежде всего:</p> <p>А. Диуретики; Б. Бета-адреноблокаторы; В. Антагонисты кальция; Г. ИАПФ и сартаны</p> <p>14. Максимально быстрое снижение артериального давления показано, если гипертонический криз осложняется:</p> <p>А. Ишемическим инсультом; Б. Острым коронарным синдромом; В. Нарушением ритма сердца;</p>	<p>Б</p> <p>А</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>Г</p>
--	--	---

	<p>Г. Расслаивающей аневризмой аорты.</p> <p>16. Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий на фоне острого инфаркта миокарда является:</p> <p>А. Новокаинамид; Б. Амиодарон; В. Лидокаин; Г. Метопролол.</p> <p>17. Восстановление синусового ритма без подготовки антикоагулянтами возможно при длительности фибрилляции предсердий менее:</p> <p>А. 7 суток; Б. 30 суток; В. 12 часов; Г. 48 часов.</p> <p>18. Назначение непрямых оральных антикоагулянтов при фибрилляции предсердий используют для профилактики:</p> <p>А. Развития сердечной недостаточности; Б. Возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий; В. Кардиоэмболических осложнений; Г. Прогрессирования стенокардии напряжения.</p> <p>19. Для инфаркта миокарда боковой стенки ЛЖ характерны следующие изменения ЭКГ - подъем сегмента ST в отведениях:</p> <p>А. I, aVL, V1-V4; Б. I, aVL, V5-V6; В. VR3, VR4; Г. II, III, aVF.</p> <p>20. Нижний инфаркт миокарда регистрируется в отведениях:</p> <p>А. I, AVL, V6 ; Б. II, III, AVF ; В. V3-V4; Г. V1-V6, AVL, I.</p> <p>21. Подострый период инфаркта миокарда продолжается:</p> <p>А. До 10-14 дней; . Б. До 2 часов; В. До 2 месяцев; Г. До 2 суток</p> <p>22. Адаптационное снижение внутриклеточного энергетического метаболизма путем угнетения сократительного состояния кардиомиоцита в ответ на уменьшение коронарного кровотока определяется как:</p> <p>А. «Оглушенность» миокарда; Б. «Гибернация» миокарда; В. «Некроз» миокарда; Г. «Апоптоз» миокарда</p> <p>23. Для передне-боковой локализации острого трансмурального инфаркта миокарда наиболее</p>	<p>Б</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p>
--	---	--

	<p>типично появление изменений в следующих отведениях на ЭКГ: А. I, II, aVL; Б. II, III, aVF; В. I, V5 и V6; Г. AVL, V1- V4. Эталон ответа: В.</p> <p>24.Что является наиболее частой причиной инфаркта миокарда: А. Коронароспазм; Б. Эмболия коронарной артерии; В. Тромбоз коронарной артерии; Г. Эрозия атеросклеротической бляшки.</p> <p>25.Для постинфарктного периода характерно наличие на ЭКГ: А. Монофазной кривой; Б. Патологического зубца Q; В. Двухфазного зубца R; Г. Отрицательного зубца Р.</p> <p>26.Парадоксальный пульс при обострении бронхиальной астмы вызван: А. перерастяжением легкого; Б. плевральным выпотом; В. повышением температуры тела; Г. бронхоспазмом.</p> <p>27.Проявлением обострения астмы на стадии астмы, близкой к фатальной, является: А. свистящее дыхание; Б. амфорическое дыхание; В. немое легкое; Г. гипоксическая кома.</p> <p>28.Для купирования приступа удушья при бронхиальной астме используют: А. кромогликат натрия (интал); Б. муколитики; В. ингаляционные β2-агонисты короткого действия; Г. ингаляционные ГКС.</p> <p>29.Эквивалентом приступа удушья у больных бронхиальной астмой выступает: А. пароксизмальный непродуктивный кашель; Б. постоянный непродуктивный кашель; В. кашель с отделением обильной слизистой мокроты; Г. постоянная одышка.</p> <p>30.Больному при тяжелом обострении астмы целесообразно назначить: А. блокаторы H1-гистаминовых рецепторов; Б. периферические вазодилататоры; В. защищенные пенициллины; Г. глюкокортикостероиды.</p>	<p>В</p> <p>Б</p> <p>А</p> <p>Г</p> <p>В</p> <p>А</p> <p>Г</p>				
б.	<p>Прочитайте текст и установите соответствие 1. Установите соответствие между заболеванием и основной группой препаратов для лечения:</p> <table border="1" data-bbox="459 2011 1267 2080"> <tr> <td data-bbox="459 2011 751 2049">1. ГБ</td> <td data-bbox="751 2011 1267 2049">А. β-блокаторы</td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 2049 751 2080">2. ИБС</td> <td data-bbox="751 2049 1267 2080">Б. Ингаляционные глюкокортикостеро</td> </tr> </table>	1. ГБ	А. β -блокаторы	2. ИБС	Б. Ингаляционные глюкокортикостеро	<p>1–В,2–А, 3–Б, 4–Г</p>
1. ГБ	А. β -блокаторы					
2. ИБС	Б. Ингаляционные глюкокортикостеро					

		иды		
		3. БА	В. Ингибиторы АПФ/сартаны	
		4. ХОБЛ	Г. Антихолинергические средства (тиотропия бромид)	
		2. Соотнесите заболевание и ключевой немедикаментозный метод лечения:		
		1. ХСН	А. Ограничение соли и жидкости	
		2. ГЭРБ	Б. Отказ от курения, дыхательная гимнастика	
		3. Хронический гастрит	В. Диета с исключением раздражающих продуктов	
		4. Пневмония	Г. Постельный режим, обильное питье	
		3. Соотнесите стадию ХОБЛ и рекомендуемую терапию:		
		1. Лёгкая стадия	А. Длительно действующие β_2 -агонисты + антихолинергики	
		2. Среднетяжёлая	Б. Краткодействующие бронходилататоры по требованию	
		3. Тяжёлая	В. Постоянная комбинированная терапия + будесонид	
		4. Крайне тяжёлая	Г. Кислородотерапия, реабилитация	
7.		<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Определите порядок действий при подозрении на ОКС:</p> <p>А. Назначение аспирина и клопидогреля Б. Регистрация ЭКГ В. Госпитализация в кардиологическое отделение Г. Обезболивание: морфин/нитраты при стенокардии</p> <p>2. Упорядочьте лечение язвенной болезни с <i>H. pylori</i>:</p> <p>А. Эрадикационная терапия (кларитромицин + амоксициллин + ИПН) Б. Подтверждение инфекции (дыхательный тест/биопсия) В. Поддерживающая терапия ИПН Г. Контроль эрадикации через 4–6 недель</p>		<p>Б → А → Г → В</p> <p>Б → А → Г → В</p>
8.		<p>Прочитайте текст и дайте краткий ответ</p> <p>1. Предположите наиболее вероятный диагноз для следующего клинического случая: У больного 70 лет с атрофическим гастритом лимонно-желтый цвет кожи, ангулярный стоматит, малиновый «лакированный» язык, увеличена селезенка, нарушена болевая и температурная чувствительность, в крови: Нв 90г/л, эритроцитов $2 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоцитов 1,5 %, лейкоцитов $3,4 \cdot 10^9 /л$, тромбоцитов $100 \cdot 10^9 /л$</p> <p>2. Главная немедикаментозная рекомендация при первичной профилактике гипертонии — снижение потребления _____ .</p>		<p>В12-дефицитная анемия.</p> <p>Соли</p>
9.		<p>Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ</p> <p>1. Определите лечебную тактику в отношении больного с диагнозом: Цирроз печени, ассоциированный с вирусом гепатита В, стадия</p>		<p>Коррекция портальной гипертензии (ингибитор апф лизиноприл 2,5 мг/сут под контролем ад.,</p>

		<p>декомпенсации. Портальная гипертензия: асцит, ВРВП 1 степени. Печеночная энцефалопатия 1 стадии.</p> <p>2. Какова тактика в отношении больного с диагнозом: ИБС. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST задне-диафрагмальной стенки левого желудочка. ХСН I ФК II. Killip I. Гипертоническая болезнь III ст, 3 степень, 4 (очень высокого риска).</p>	<p>карведилол 12,5 мг х 2 р/сут под контролем АД), коррекция отеочного синдрома (спиронолактон или эплеренон 100 мг/сут в сочетании с фуросемидом 40 мг/сут с последующим переходом на монотерапию спиронолактоном/эплереноном 25 мг/сут.), коррекция печеночной энцефалопатии, гепатопротекция (лактолоза в индивидуально подобранной дозе с достижением частоты стула 2-3 раза/сут, адеметионин 1600 мг/сут в/в кап до 14 сут с последующим переходом на пероральный прием 400 мг х 2 р/сут, L-орнитин-L-аспартат 5г х 3 р/сут до 14 сут с последующим переходом на пероральный прием 3 г х 3р/сут)</p> <p>Догоспитальный этап: нитроглицерин аэрозоль, наркотический анальгетик (купирование болевого синдрома), двойная дезагрегантная терапия (аспирин 250 мг и клопидогрель 300 мг), решение о первичной ЧКВ или выполнение ТЛТ, симптоматическая терапия.</p> <p>Госпитальный этап: проведение КАГ (нагрузочная доза клопидогреля до 450-600 мг) и принятие решения о выполнении первичной ЧКВ при госпитализации или КАГ в течении 3-24 ч</p>
--	--	--	---

			<p>после догоспитального тромболизиса. Назначение базисной терапии: АСК 100 мг, кропидогрель 75 мг в сутки, иАПФ, в-блокаторы, статины, нитраты, антикоагулянты (гепарин, эноксапарин) п/к. Постельный режим, соблюдение диеты.</p>
10.		<p>3. Пациент Д., 40 лет. Чувствует себя практически здоровым. Однако, обеспокоен риском развития у него инфаркта миокарда, так как имеет отягощенную наследственность: отец и старший брат умерли от инфаркта миокарда в возрасте до 45 лет. Имеет 23-летний стаж курения, ИМТ = 29 кг/м². АД на обеих руках 130/80 мм рт ст Результаты липидограммы: общий холестерин - 5,8 ммоль/л, ХС ЛПВП - 0,8 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,0 ммоль/л, триглицериды - 1,2 ммоль/л, ХС-нелПВП 5,0 ммоль/л</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составьте план дообследования 2. Дайте рекомендации по немедикаментозной коррекции имеющихся ФР 3. Оцените целесообразность медикаментозной терапии 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ОАК, БАК (общетерапевтически й), Лп(а), ЭКГ, ДС БЦА и бедренных артерий с целью выявления АБ, КТ сердца с оценкой коронарного кальция, оценка ССР по шкале SCORE-2. 2. Отказ от курения, снижение МТ, средиземноморская диета, физическая нагрузка: 150–300 мин аэробной ФА умеренной интенсивности в нед или 75–150 мин интенсивных нагрузок или эквиваленту из их сочетания; ограничение употребления алкоголя до 100 г (чистого этанола) в неделю. 3. У пациента по шкале SCORE-2 риск нефатальных ССО равен 12%, таким образом пациент относится к категории очень высокого риска. Целевой уровень ХС ЛПНП у пациента < 1,4 ммоль/л. Поскольку уровень ХС ЛПНП у данного пациента составляет 3,0 ммоль/л, то

		<p>4. На прием обратился мужчина М. 45 л. Жалоб не предъявляет, но хочет получить рекомендации по организации образа жизни. Из анамнеза известно, что матери пациента 77 лет, страдает ГБ с 60 лет, дважды перенесла ОНМК. Отец умер в возрасте 54 лет от обширного ИМ.</p> <p>Образование высшее, работает менеджером высшего звена в крупной компании. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 15 лет, 1-2 раза в неделю употребляет около 1 литра пива.</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 92 кг. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Отеков нет. Частота дыхания 16 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 150/100 мм рт. ст., ЧСС – 78 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательных с обеих сторон.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Выделите факторы риска, которые имеются у пациента. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному. 	<p>тактика ведения включает коррекцию образа жизни и назначение липидснижающей терапии</p> <p>1.ГБ I ст., целевое АД не достигнуто, риск ССО 2 (умеренный). Избыточная масса тела (ИМТ 29,29 кг/м²).</p> <p>2.Немодифицируемые ФР: Мужской пол, отягощенный семейный анамнез развития ССЗ; модифицируемые ФР: курение, употребление алкоголя, избыточная МТ, АГ</p> <p>3. ОАК, БАК (креатинин, расчет СКФ, глюкоза, калий, натрий, мочевиная кислота, липидограмма), общий (клинический) анализ мочи, качественная оценка протеинурии тест-полоской или определение альбумина в моче; ЭКГ, ДМАД или СМАД.</p> <p>4. Отказ от курения, снижение массы тела (ИМТ менее 25 кг/м²), уменьшение потребления соли до 5 г/сут (рекомендована DASH-диета), ограничение потребления алкоголя до 20 г абсолютного этанола в неделю), регулярные физические тренировки не менее 4 раз в неделю продолжительностью 30–45 минут, уменьшение</p>
--	--	--	--

		<p>5. Мужчина Л. 38 лет был направлен к терапевту после прохождения диспансеризации. При выполнении биохимического анализа крови был выявлен общий холестерин – 6,2 ммоль/л.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент курит с 14 лет по 1 пачке сигарет в день, питается преимущественно мясной и жирной пищей. Работает программистом. Наследственность отягощена: отец умер от инфаркта миокарда в 55лет, мать страдает гипертонической болезнью.</p> <p>Физическое исследование: Рост - 185 см, вес - 95 кг. Гипертонического телосложения. АД - 130/80 мм рт. ст. ЧСС 74 уд. в мин. В остальном – без патологических изменений.</p> <p>Пациент самостоятельно выполнил липидограмму. Липиды крови: общий холестерин – 6,2 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Перечислите факторы риска, которые имеются у пациента. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному. 	<p>психоэмоционального стресса, достаточный сон (7 и более ч).</p> <p>Дислипидемия IIb типа по Фредриксену. Риск ССО – 3 (высокий). Избыточная масса тела (ИМТ 27,8 кг/м²)</p> <p>2. Немодифицируемые ФР: Мужской пол, отягощенный семейный анамнез развития ССЗ; модифицируемые ФР: курение, гиперхолестеринемия, низкая физическая активность, нерациональное питание, избыточная МТ.</p> <p>3. ОАК, БАК (общетерапевтический), Лп(а), ЭКГ, ДС БЦА и бедренных артерий с целью выявления АБС, КТ сердца с оценкой коронарного кальция. Отказ от курения, снижение массы тела (ИМТ менее 25 кг/м²), средиземноморская диета, физическая нагрузка: 150–300 мин аэробной физической активности умеренной интенсивности в неделю или 75–150 мин интенсивных нагрузок или эквиваленту из их сочетания; ограничение употребления алкоголя</p>
11.	ПК-4	<p>Прочитайте текст и выберите один правильный ответ</p> <p>1. Какой документ является основным учётным документом при госпитализации пациента в стационар?</p> <p>а) выписка из медицинской карты;</p> <p>б) медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у);</p>	Б

	<p>в) статистический талон; г) направление на госпитализацию.</p> <p>2. В какой срок после поступления пациента в отделение должна быть оформлена медицинская карта стационарного больного? а) в течение 24 часов; б) в течение 12 часов; в) в течение 1 часа; г) в течение 3 часов.</p> <p>3. Кто несёт персональную ответственность за полноту и качество заполнения медицинской карты стационарного больного? а) старшая медсестра отделения; б) заведующий отделением; в) дежурный врач; г) лечащий врач.</p> <p>4. Какой документ оформляется при выписке пациента из стационара? а) протокол выписки; б) выписной эпикриз; в) справка о состоянии здоровья; г) медицинское заключение.</p> <p>5. В каком документе фиксируются ежедневные врачебные осмотры и динамика состояния пациента? а) в листе назначений; б) в журнале приёма и сдачи дежурств; в) в дневниках медицинской карты стационарного больного; г) в протоколе консилиума.</p> <p>6. Кто имеет право вносить изменения в медицинскую карту стационарного больного после её оформления? а) любая медицинская сестра; б) заведующий отделением; в) только лечащий врач с соответствующей пометкой; г) врач-консультант.</p> <p>7. Какой документ оформляется при переводе пациента в другое отделение? а) направление на перевод; б) переводной эпикриз; в) выписка из истории болезни; г) сопроводительный лист.</p> <p>8. В какой документ вносятся данные о проведённых процедурах и манипуляциях? а) в медицинскую карту амбулаторного больного; б) в лист назначений и выполнения процедур; в) в журнал учёта манипуляций; г) в дневник наблюдения.</p> <p>9. Кто отвечает за своевременное и правильное оформление листков временной нетрудоспособности? а) медицинская сестра; б) лечащий врач; в) заведующий отделением;</p>	<p>В</p> <p>Г</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p>
--	---	---

	<p>г) секретарь врачебной комиссии.</p> <p>10. Какой документ заполняется при выявлении инфекционного заболевания у пациента?</p> <p>а) экстренное извещение (форма № 058/у);</p> <p>б) статистический талон;</p> <p>в) экстренное извещение об инфекционном заболевании (форма № 058/у);</p> <p>г) протокол эпидемиологического расследования.</p> <p>11. В какой срок необходимо направить экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания?</p> <p>а) в течение 24 часов;</p> <p>б) в течение 12 часов;</p> <p>в) в течение 2 часов;</p> <p>г) в течение 6 часов.</p> <p>12. Кто отвечает за организацию работы младшего медицинского персонала в отделении?</p> <p>а) главная медсестра больницы;</p> <p>б) старшая медсестра отделения;</p> <p>в) лечащий врач;</p> <p>г) заведующий отделением.</p> <p>13. Какой документ регламентирует должностные обязанности младшей медицинской сестры?</p> <p>а) трудовой договор;</p> <p>б) должностная инструкция;</p> <p>в) приказ главного врача;</p> <p>г) положение о сестринском деле.</p> <p>14. Кто проводит первичный инструктаж по охране труда для младшего медицинского персонала?</p> <p>а) инженер по охране труда;</p> <p>б) главная медсестра;</p> <p>в) руководитель подразделения (заведующий отделением/старшая медсестра);</p> <p>г) специалист кадровой службы.</p> <p>15. Как часто должна проводиться проверка знаний по охране труда у младшего медицинского персонала?</p> <p>а) ежегодно;</p> <p>б) не реже одного раза в год;</p> <p>в) раз в три года;</p> <p>г) по требованию надзорных органов.</p> <p>16. Кто утверждает график работы младшего медицинского персонала в отделении?</p> <p>а) главная медсестра;</p> <p>б) заведующий отделением;</p> <p>в) кадровая служба;</p> <p>г) старшая медсестра.</p> <p>17. Какой документ оформляется при выявлении нарушения трудовой дисциплины младшим медперсоналом?</p> <p>а) докладная записка;</p> <p>б) акт о нарушении трудовой дисциплины;</p> <p>в) объяснительная записка;</p> <p>г) приказ о взыскании.</p> <p>18. Кто имеет право наложить дисциплинарное</p>	<p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p>
--	---	---

	<p>взыскание на младшего медицинского работника? а) старшая медсестра; б) лечащий врач; в) руководитель медицинской организации или уполномоченное лицо; г) профсоюзный комитет.</p> <p>19. Какой документ оформляется при проведении генеральной уборки в отделении? а) акт о проведении уборки; б) журнал учёта генеральных уборок; в) наряд-здание; г) протокол контроля качества.</p> <p>20. Кто отвечает за своевременное обеспечение младшего медперсонала средствами индивидуальной защиты? а) главная медсестра больницы; б) старшая медсестра отделения; в) заведующий отделением; г) инженер по охране труда.</p> <p>21. В каком документе фиксируются инструктажи по технике безопасности для младшего медперсонала? а) в личном деле сотрудника; б) в приказе по отделению; в) в журнале регистрации инструктажей; г) в протоколе проверки.</p> <p>22. Кто утверждает план повышения квалификации младшего медицинского персонала отделения? а) кадровая служба; б) главная медсестра; в) заведующий отделением совместно со старшей медсестрой; г) руководитель образовательной программы.</p> <p>23. Какой документ оформляется при выявлении недостачи материальных ценностей, за которые отвечает младший медперсонал? а) объяснительная записка; б) акт о выявленной недостаче; в) служебная записка; г) приказ о взыскании.</p> <p>24. Кто имеет право отстранить младшего медработника от исполнения обязанностей при грубом нарушении правил? а) лечащий врач; б) старшая медсестра; в) заведующий отделением или главный врач; г) профсоюзный представитель.</p> <p>25. В какой документ вносятся сведения о выполненных прививках пациенту? а) в лист назначений; б) в карту профилактических прививок (форма № 06 3/у); в) в медицинскую карту стационарного больного; г) в статистический талон.</p> <p>26. Кто отвечает за сохранность медицинской документации в отделении?</p>	<p>Б</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p>
--	---	---

	<p>а) медицинская сестра поста; б) старшая медсестра и заведующий отделением; в) секретарь врачебной комиссии; г) архивариус больницы.</p> <p>27. В каком случае допускается электронное оформление медицинской документации? а) по желанию пациента; б) при наличии у медучреждения электронной подписи; в) если это предусмотрено локальными нормативными актами и соответствует ФЗ № 323; г) только для статистических отчётов.</p> <p>28. Кто подписывает акт о списании просроченных лекарственных средств? а) старшая медсестра; б) фармацевт аптеки; в) комиссия, назначенная приказом главного врача; г) заведующий отделением.</p> <p>29. Какой документ подтверждает проведение санитарно-просветительской работы с пациентами? а) протокол беседы; б) журнал учёта санитарно-просветительной работы; в) выписка из истории болезни; г) памятка для пациента.</p> <p>30. Кто несёт ответственность за своевременное направление отчётов о работе отделения в администрацию? а) медицинская сестра-статистик; б) заведующий отделением; в) старшая медсестра; г) секретарь.</p>	<p>В</p> <p>В</p> <p>Б</p> <p>Б</p>														
12.	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Соотнесите документ с его основным назначением.</p> <table border="1" data-bbox="480 1256 1238 1861"> <thead> <tr> <th>Документ</th> <th>Назначение</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Журнал учёта процедур (ф. 029/у)</td> <td>А. Сбор статистических данных о законченных случаях лечения</td> </tr> <tr> <td>2. Медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у)</td> <td>Б. Фиксация выполненных процедур и манипуляций медсестринским персоналом</td> </tr> <tr> <td>3. Статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у)</td> <td>В. Фиксация этапов лечения, назначений, динамики состояния пациента в стационаре</td> </tr> <tr> <td>4. Журнал учёта приёма и отказов в госпитализации (ф. 001/у)</td> <td>Г. Регистрация фактов поступления и отказов в приёме пациентов в стационар</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. Соотнесите должностное лицо с его функцией в управлении младшим медперсоналом.</p> <table border="1" data-bbox="480 1977 1238 2060"> <thead> <tr> <th>Лицо</th> <th>Функция</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Заведующий</td> <td>А. Инструктаж и наблюдение</td> </tr> </tbody> </table>	Документ	Назначение	1. Журнал учёта процедур (ф. 029/у)	А. Сбор статистических данных о законченных случаях лечения	2. Медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у)	Б. Фиксация выполненных процедур и манипуляций медсестринским персоналом	3. Статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у)	В. Фиксация этапов лечения, назначений, динамики состояния пациента в стационаре	4. Журнал учёта приёма и отказов в госпитализации (ф. 001/у)	Г. Регистрация фактов поступления и отказов в приёме пациентов в стационар	Лицо	Функция	1. Заведующий	А. Инструктаж и наблюдение	<p>1 – Б; 2 – В; 3 – А; 4 – Г</p> <p>1 – В; 2 – Г; 3 – Б; 4 – А</p>
Документ	Назначение															
1. Журнал учёта процедур (ф. 029/у)	А. Сбор статистических данных о законченных случаях лечения															
2. Медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у)	Б. Фиксация выполненных процедур и манипуляций медсестринским персоналом															
3. Статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у)	В. Фиксация этапов лечения, назначений, динамики состояния пациента в стационаре															
4. Журнал учёта приёма и отказов в госпитализации (ф. 001/у)	Г. Регистрация фактов поступления и отказов в приёме пациентов в стационар															
Лицо	Функция															
1. Заведующий	А. Инструктаж и наблюдение															

отделением	за выполнением манипуляций (например, сменой белья, транспортировкой пациентов)
2. Старшая медсестра отделения	Б. Организация обучения, аттестации, контроля качества работы младшего персонала в целом по учреждению
3. Главная медсестра медучреждения	В. Утверждение штатного расписания, распределение обязанностей, решение кадровых вопросов
4. Палатная медсестра	Г. Контроль соблюдения графика уборки, дезинфекции, правил обращения с отходами

3. Соотнесите документ с этапом работы с младшим медперсоналом, для которого он актуален.

1 – Б; 2 – А; 3 – Г;
4 – В

Документ	Этап работы
1. Акт о нарушении трудовой дисциплины	А. Планирование профессионального развития
2. План повышения квалификации	Б. Реагирование на инциденты и дисциплинарные вопросы
3. Должностная инструкция младшей медсестры	В. Регулярное подтверждение знаний и навыков безопасности
4. Журнал инструктажа по технике безопасности	Г. Первичный инструктаж и введение в должность

4. Соотнесите тип записи в медицинской документации с требуемой частотой её внесения.

1 – Б; 2 – В; 3 – А;
4 – Г

Запись	Частота
1. Запись о выдаче пациенту льготных лекарств	А. Ежедневно (утром и вечером)
2. Дневник наблюдения в карте стационарного больного	Б. По факту выдачи (однократно на рецепт)
3. Запись в журнале учёта температурного режима холодильного оборудования	В. Ежедневно (не реже 1 раза в сутки)
4. Запись о проведении генеральной уборки	Г. Согласно графику (обычно 1 раз в неделю)

5. Соотнесите действие руководителя среднего медперсонала с нормативным документом, его регулирующим

		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="480 114 799 165">Действие</th> <th data-bbox="799 114 1236 165">Нормативный документ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="480 165 799 322">1. Проверка правильности заполнения журнальных форм</td> <td data-bbox="799 165 1236 322">А. Приказ о порядке статистического учёта и отчётности в здравоохранении</td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 322 799 445">2. Распределение смен младшего медперсонала</td> <td data-bbox="799 322 1236 445">Б. Приказ Минздрава о унифицированных формах медицинской документации</td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 445 799 568">3. Подготовка отчёта о работе отделения за месяц</td> <td data-bbox="799 445 1236 568">В. Правила внутреннего трудового распорядка медучреждения</td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 568 799 725">4. Проведение внепланового инструктажа по СОП</td> <td data-bbox="799 568 1236 725">Г. Инструкция по охране труда и стандартам операционных процедур (СОП)</td> </tr> </tbody> </table>	Действие	Нормативный документ	1. Проверка правильности заполнения журнальных форм	А. Приказ о порядке статистического учёта и отчётности в здравоохранении	2. Распределение смен младшего медперсонала	Б. Приказ Минздрава о унифицированных формах медицинской документации	3. Подготовка отчёта о работе отделения за месяц	В. Правила внутреннего трудового распорядка медучреждения	4. Проведение внепланового инструктажа по СОП	Г. Инструкция по охране труда и стандартам операционных процедур (СОП)	1 – Б; 2 – В; 3 – А; 4 – Г
Действие	Нормативный документ												
1. Проверка правильности заполнения журнальных форм	А. Приказ о порядке статистического учёта и отчётности в здравоохранении												
2. Распределение смен младшего медперсонала	Б. Приказ Минздрава о унифицированных формах медицинской документации												
3. Подготовка отчёта о работе отделения за месяц	В. Правила внутреннего трудового распорядка медучреждения												
4. Проведение внепланового инструктажа по СОП	Г. Инструкция по охране труда и стандартам операционных процедур (СОП)												
13.		<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Установите правильную последовательность заполнения полей на титульном листе медицинской карты стационарного больного (форма №003У):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дата и время поступления. 2. Фамилия, имя, отчество пациента (полностью). 3. Возраст. 4. Место жительства (с указанием субъекта РФ, района, населённого пункта, улицы, дома, квартиры). 5. Место работы, должность. 6. Диагноз направившего учреждения. 7. Диагноз при поступлении (основной, осложнения, сопутствующие заболевания). 8. Номер страхового полиса ОМС/ДМС. <p>2. Определите верную последовательность действий при сдаче/приёмке дежурства младшим мед персоналом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверка наличия и исправности медицинского инвентаря и расходных материалов. 2. Устная передача информации о состоянии пациентов, требующих особого внимания. 3. Запись в журнале приёма и сдачи дежурств с подписями сдающего и принимающего. 4. Проверка санитарного состояния помещений и соблюдения режима уборки. 5. Уточнение текущих назначений и невыполненных процедур. <p>3. Расположите этапы оформления листа врачебных назначений в правильной последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Указание даты и времени назначения. 2. Запись наименования лекарственного препарата (МНН или торговое название), формы выпуска, дозировки. 3. Указание способа введения и кратности приёма. 4. Подпись врача с расшифровкой Ф. И. О. 	<p>2 → 3 → 4 → 5 → 8 → 6 → 7 → 1</p> <p>2 → 5 → 1 → 4 → 3</p> <p>1 → 2 → 3 → 6 →</p>										

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Отметка медсестры о выполнении назначения (дата, время, подпись). 6. Указание длительности курса (при необходимости). <p>4. Установите правильную последовательность этапов инструктажа младшего медицинского персонала перед началом смены:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ознакомление с графиком работы и распределением обязанностей на смену. 2. Разбор текущих задач и приоритетных пациентов. 3. Проверка знаний по технике безопасности и правилам инфекционной безопасности. 4. Уточнение порядка действий в экстренных ситуациях (реанимация, пожар, ЧС). 5. Подпись в журнале инструктажа <p>5. Определите верную последовательность действий по оформлению статистической отчётности по движению пациентов в отделении:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Фиксация даты и времени поступления/выписки/перевода пациента в первичной документации. 2. Внесение данных в учётную форму № 007/у («Лист движения больных и коечного фонда»). 3. Сверка данных с приёмным отделением и архивом. 4. Формирование сводного отчёта за отчётный период (сутки/неделю/месяц). 5. Подписание отчёта ответственным лицом и передача в статистический отдел 	<p>4 → 5</p> <p>1 → 2 → 3 → 4 → 5</p> <p>1 → 2 → 3 → 4 → 5</p>
14.	<p>Прочитайте текст и продолжите предложение</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первичный осмотр терапевта в поликлинике должен содержать жалобы, анамнез, данные объективного осмотра и обязательное установление _____. 2. При переводе пациента из отделения в отделение (или в ОРИТ) лечащий врач оформляет _____ с подробным описанием состояния и обоснованием перевода. 3. При выписке рецепта на льготный препарат врач обязан внести запись о _____ в амбулаторную карту (Ф-025/у). 4. В выписном эпикризе обязательно указываются рекомендации по дальнейшему лечению, режим, диета и _____. 5. Врач-терапевт обязан заверять все записи в электронной медицинской карте (ЭМК) с помощью _____. 	<p>предварительного диагноза</p> <p>переводной эпикриз.</p> <p>наименовании препарата, дозировке и количестве.</p> <p>сроки явки к участковому терапевту.</p> <p>квалифицированной электронной подписи (КЭП).</p>
15.	<p>Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На прием к участковому терапевту обратился пациент 	<p>Заполнить дневник: жалобы, анамнез заболевания,</p>

		<p>35 лет с жалобами на кашель, температуру 37.8°C в течение 2 дней. Врач установил диагноз: ОРВИ. Задание: Какие записи и документы должен оформить врач в медицинской карте амбулаторного больного (форма 025/у)?</p> <p>2. Пациент выписывается из терапевтического отделения после лечения пневмонии. Необходимо оформить выписной эпикриз в <u>медицинской карте стационарного больного (форма 003/у)</u>. Задание: Укажите обязательные компоненты выписного эпикриза.</p> <p>3. Бригада скорой помощи доставила пациента с подозрением на инфаркт миокарда. В приемном отделении стационара пациент категорически отказывается от госпитализации. Задание: Как правильно оформить данный отказ?</p>	<p>объективный статус (осмотр зева, легких, сердца). Сформулировать диагноз (основной, осложнения, сопутствующие). Оформить план обследования и лечения (выписать рецепты, назначения). Выдать листок нетрудоспособности (при необходимости). Зафиксировать дату повторного приема.</p> <p>Краткий анамнез, данные объективного осмотра при поступлении. Результаты основных лабораторных и инструментальных исследований. Обоснование диагноза. Проведенное лечение (препараты, процедуры). Состояние при выписке. Рекомендации по дальнейшему лечению, режиму, диете и наблюдению</p> <p>Врач приемного отделения обязан разъяснить пациенту риски отказа, включая угрозу жизни. Оформить <u>Журнал регистрации приема и отказов (форма 001/у)</u>. Заполнить «Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него» (оформляется письменно, подписывается пациентом и врачом). Сделать запись в медицинской карте (форме 003/у), что пациент проинформирован о последствиях, и отказ</p>
--	--	--	---

		<p>4. Опишите структуру и обязательные компоненты ежедневного дневника врача-терапевта в медицинской карте стационарного больного (Ф003/у).</p> <p>5. Назовите ключевые разделы первичного приема терапевта в амбулаторной карте (Ф025/у), обеспечивающие юридическую защиту врача и диагностический поиск.</p>	<p>подписан</p> <p>Дата и время: Указание времени осмотра обязательно.</p> <p>Жалобы: Актуальные жалобы пациента на момент осмотра.</p> <p>Объективный статус: Описание общего состояния, состояния кожных покровов, дыхательной системы (ЧДД, аускультация), сердечно-сосудистой системы (ЧСС, АД, тоны сердца), ЖКТ (живот, стул), мочеполовой системы (диурез).</p> <p>Данные лабораторных/инструментальных исследований: Интерпретация полученных за сутки результатов.</p> <p>Обоснование коррекции лечения: Изменение доз, отмена или назначение новых препаратов.</p> <p>План лечения и обследования: Подтверждение или изменение.</p> <p>Подпись врача: С расшифровкой.</p> <p>Жалобы: Детальное описание, включая время появления и интенсивность.</p> <p>Anamnesis morbi (история заболевания): Хронология, предыдущее лечение.</p> <p>Anamnesis vitae (история жизни): Аллергоанамнез, перенесенные болезни, наследственность, вредные привычки.</p> <p>Объективно (Status praesens): Подробный осмотр по системам.</p> <p>Предварительный диагноз: Обоснование, включая «диагноз</p>
--	--	---	--

			под вопросом» (при неясности) с указанием кода МКБ- 10. План обследования и лечения: Назначения , выписка рецептов/направлени й.
--	--	--	--

Разработан:
доцент кафедры факультетской терапии

О.В.Сергеева